10

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

DU MÊME AUTEUR

— Ostéome péri-articulaire de l'articulation coxo-fémorale — *Bulletin de la Société anatomique*, mars 1907.

— Calcification pleurale. — *Bulletin de la Société anatomique* mars 1907.

— Tumeur calcifiée de la rate. — *Bulletin de la Société anatomique*, mars 1907.

— Pneumonie a répétition, chez un sujet cardiaque et alcoolique en l'espace de deux années. — *Gazette des hôpitaux*, 11 juin 1907.

— Volumineux fibrome intra-utérin ; fibromes sous-péritonéaux non pédiculés, avec kystes des deux ovaires. — *Bulletin de la Société anatomique*, juillet 1907.

— Aortite sigmoïdienne. Eperons calcifiés. Mort subite. — *Bulletin de la Société anatomique*, juillet 1907.

— Tuberculose secondaire de la rate, sans hypertrophie. — *Bulletin de la Société anatomique*, juillet 1907.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1907 — N° —

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le jeudi 7 novembre 1907, à 1 heure

Par **Louis COTTU**

De la Faculté de Médecine de Paris
Ancien externe des Hôpitaux de Paris
Ancien interne de l'Hôpital Départemental
Et de la Crèche de la Seine

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DES FUGUES

(Etude clinique, diagnostique, pronostique et médico-légale.)

Président : M. DEBOVE, *professeur.*

Juges : MM. RAYMOND et GILBERT BALLET, *professeurs.*
CASTAIGNE, *agrégé.*

PARIS
IMPRIMERIE DES FACULTÉS
A. MICHALON
26, rue Monsieur-le-Prince, 26

1907

FACULTE DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen	M. DEBOVE.
Professeurs	MM.
Anatomie	NICOLAS.
Physiologie	Ch. RICHET.
Physique médicale	GARIEL.
Chimie organique et chimie générale	GAUTIER.
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	BLANCHARD.
Pathologie et thérapeutique générales	BOUCHARD.
Pathologie médicale	DEJERINE. BRISSAUD.
Pathologie chirurgicale	LANNELONGUE
Anatomie pathologique	CORNIL.
Histologie	PRENANT.
Opérations et appareils	QUENU.
Pharmacologie et matière médicale	POUCHET.
Thérapeutique	GILBERT
Hygiène	CHANTEMESSE
Médecine légale	THOINOT.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	G. BALLET.
Pathologie expérimentale et comparée	ROGER.
Clinique médicale	HAYEM. DIEULAFOY. DEBOVE. LANDOUZY.
Maladies des enfants	HUTINEL.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale	JOFFROY.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GAUCHER.
Clinique des maladies du système nerveux	RAYMOND.
Clinique chirurgicale	LE DENTU. BERGER. RECLUS. SECOND.
Clinique opthalmologique	De LAPERSONNE
Clinique des maladies des voies urinaires	ALBARRAN.
Clinique d'accouchements	PINARD. BAR.
Clinique gynécologique	POZZI.
Clinique chirurgicale infantile	KIRMISSON.
Clinique thérapeutique	A. ROBIN.

Agrégés en exercice.

MM.

AUVRAY	CUNEO	LAUNOIS	NOBECOURT
BALTHAZARD	DEMELIN	LECENE	OMBREDANNE
BRANCA	DESGREZ	LEGRY	POTOCKI
BEZANÇON (Fern.)	DUVAL (Pierre)	LENORMANT	PROUST
BRINDEAU	GOSSET	LŒPER	RENON
BROCA	GOUGET	MACAIGNE	RICHAUD
BRUMPT	JEANNIN	MAILLARD	RIEFFEL (chef des trav. anat.
CARNOT	JEANSELME	MARION	SICARD
CASTAIGNE	JOUSSET	MORESTIN	ZIMMERN
CLAUDE	LABBE (Marcel)	MULON	
COUVELAIRE	LANGLOIS	NICLOUX	

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE VENÉREE DE MON PÈRE

A MA MÈRE

Je dédie ces quelques pages, comme témoignage de ma profonde affection.

A MON FRÈRE, LE Dr ALBERT COTTU

ANCIEN INTERNE DES HÔPITAUX DE PARIS

A NOTRE MAÎTRE ET PRÉSIDENT DE THÈSE

M. le Professeur DEBOVE

PROFESSEUR DE CLINIQUE MÉDICALE A L'HÔPITAL BEAUJON
DOYEN DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS
MEMBRE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE
OFFICIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

Qui voulut bien nous accueillir pendant une année comme externe dans son service si recherché de l'hôpital Beaujon, et n'a cessé de nous prodiguer ses bonnes leçons, au lit des malades. Nous avons aujourd'hui l'honneur de le voir accepter la présidence de notre thèse, nous sommes heureux de lui offrir l'hommage de notre bien modeste travail, et le prions d'agréer notre plus vive reconnaissance.

PRÉFACE

Arrivé au terme de nos trop courtes années d'étude, nous avons à la fois le devoir et le plaisir, de rendre ici à tous ceux qui furent nos maîtres et nos guides dans les hôpitaux, l'hommage auquel ils ont droit, pour la sympathie qu'ils nous ont constamment témoignée.

A M. le Dr Landrieux, médecin de l'hôpital Lariboisière.

A M. le Dr Beurnier, chirurgien de l'hôpital Lariboisière.

Qui nous ont donné les premières notions d'examen et de diagnostic médico-chirurgical.

A M. le Dr Chauffard, médecin de l'hôpital Cochin.

Qui fut pour nous un maître plein de bienveillance, pendant le semestre où nous fûmes stagiaire dans son service.

A M. le Dr Rieffel, chirurgien de l'hôpital Cochin,

Dont nous avons eu l'honneur envié d'être l'externe, nous adressons nos sincères remerciements, pour la grande initiative qu'il voulut bien nous laisser dans son service, et qui contribua pour une large part à notre éducation chirurgicale.

A M. le Dr Danlos, médecin de l'hôpital Saint-Louis.

Dont nous fûmes aussi l'externe, et qui nous a familiarisé avec l'étude des maladies de la peau et de leur traitement.

A M. le Dr Champetier de Ribes, accoucheur de la maternité de l'Hôtel-Dieu.

Qui nous a prodigué ses leçons pratiques au lit des malades, pendant le temps que nous avons consacré dans son service à l'étude des accouchements. Grâce à l'initiative qu'il nous a laissée, nous avons accumulé les connaissances obstétricales indispensables à tout bon praticien.

A MES MAITRES DANS LES ASILES D'ALIENES :

MM. les Drs Marandon de Montyel, Legrain, Boudrie et Kéraval, médecins des asiles de la Seine.

Nous tenons à exprimer notre profonde reconnaissance, pour l'accueil sympathique qu'ils nous ont réservé dans leur service de l'asile de Ville-Evrard, où il nous fut permis, pendant le remplacement d'interne que

nous y fîmes, d'étudier spécialement les maladies nerveuses et mentales, et de recueillir la plupart des observations reproduites dans notre thèse.

A M. le Dr Laugier, médecin de la Maison départementale de la Seine.

Dont nous eûmes l'honneur d'être l'interne au cours de ces deux dernières années, nous sommes heureux d'exprimer notre respectueux attachement, pour les marques d'affection toute paternelle qu'il n'a cessé de nous témoigner.

A M. le Dr Sapelier, médecin de la Maison départementale de la Seine.

A M. le Dr Raymond, chirurgien de la Maison départementale de la Seine.

Qui nous ont toujours accueilli avec la plus grande bienveillance dans leur service, nous tenons à exprimer votre excellent souvenir.

*
* *

Enfin pour terminer cette préface, nous n'oublierons pas nos excellents amis le Dr Benon, médecin-adjoint des asiles publics d'aliénés, et le Dr André Vallet, interne des asiles de la Seine, qui, avec la plus sincère cordialité, ont bien voulu nous aider dans nos recherches, et nous guider de leurs précieux conseils. Nous n'en attendions pas moins de leur franche camaraderie.

INTRODUCTION

Il y a deux années déjà, alors que nous avions l'honneur envié d'être l'externe de M. le professeur Debove à l'hôpital Beaujon, notre attention avait été attirée sur la question des fugues, grâce à une leçon de M. le Dr Sainton, chef de clinique de notre service, sur un malade atteint de paramyoclonus multiplex, qui avait voyagé au hasard dans toute l'Europe, tantôt comme soldat, tantôt comme littérateur, tantôt comme policier, pour venir échouer à l'hôpital Beaujon.

Au cours de l'année qui vient de s'écouler, nous avons eu le plaisir de remplacer un de nos amis interne à l'asile d'aliénés de Ville-Évrard, et l'observation de cas analogues dans diverses affections mentales, nous a inspiré le sujet de notre thèse.

Cette question est en effet intéressante. parce que les fugues s'observent dans diverses affections avec des caractères particuliers à chacune, et parce qu'elles se rattachent à l'étude médico-psychologique des états seconds, du somnambulisme et de l'hystérie.

Enfin nous verrons qu'entre les simples absences

qui, chez certains malades, ne durent que quelques heures, et les fugues les mieux caractérisées, comme celle du sujet de Legrand du Saulle, qui, parti du Havre, se réveilla en rade de Bombay, ignorant où il se trouvait et comment il y était venu, on peut observer tous les intermédiaires.

Les fugues sont connues depuis longtemps chez les épileptiques ; on les a étudiées aussi avec soin chez les hystériques et les dégénérés, mais aucun travail d'ensemble n'a encore été publié, et ce sujet n'est pas de ceux sur lesquels il n'y ait plus rien à dire.

Les fugues sont signalées dans bien d'autres maladies mentales, mais sans étude détaillée.

Il y a quelque temps, M. le Dr Ducosté, interne de la Maison de santé de Ville-Évrard, a fait paraître un article sur les fugues dans la démence précoce. Nous sommes très heureux de pouvoir y puiser quelques renseignements et observations, l'étude de cette affection, encore discutée, présentant une certaine difficulté au point de vue bibliographique. Cet auteur nous fait entrevoir la publication d'une étude générale des fugues ; nous n'avons pas la prétention dans notre thèse de faire mieux, mais nous serons suffisamment récompensés de notre travail, si nous arrivons à établir d'une façon succincte le diagnostic différentiel des fugues qui peuvent semontrer au cours des diverses psychoses, et si les recherches bibliographiques et les observations que nous aurons réunies peuvent fournir des matériaux à ceux qui, plus autorisés, reprendront la question après nous.

DEFINITION DES FUGUES

Nous avons été très surpris, de chercher dans plusieurs dictionnaires de médecine le mot « fugue » pour y puiser une définition et de ne pas l'y trouver.

Dans une de ses leçons de 1895 à la Salpêtrière M. le professeur Raymond décrit à la fugue trois symptômes cardinaux : — 1° une impulsion irrésistible à voyager — 2° ce voyage est accompli d'une manière intelligente, régulière, et sans violence — 3° à la fin de l'action impulsive il y a amnésie complète, portant sur toute la période de son accomplissement. En un mot la fugue serait un acte impulsif, compliqué et bien coordonné, suivi d'amnésie. Mais il existe dans certaines névroses, des exemples de fugues conscientes, et dont le malade se rappelle au moins certaines particularités.

Zéri rapporte l'observation d'un sujet de 57 ans qui, relevant d'une pneumonie, fut pris d'une véritable crise d'obsession.

Le malade éprouvait une nécessité impérieuse de hurler, de fuir.

Une fois guéri de sa pneumonie, il eut des attaques d'automatisme ambulatoire. La nuit, il s'éveillait en sursaut, s'habillait à la hâte, sortait de chez lui, et courait en hurlant dans la campagne ; rien ne pouvait l'arrêter : il revenait satisfait au bout d'un certain temps.

Zéri ajoute : « Ces fugues sont conscientes, et le malade s'en rappelle toutes les particularités.

Elles sont des impulsions conscientes, irrésistibles, et c'est à cet état d'esprit particulier que Régis donne le nom de dromomanie. »

Pour Sérieux et Ducosté, bien des aliénés peuvent résister à leurs obsessions (quelques neurasthéniques, épileptiques, etc...).

Certaines fugues sont accomplies avec conscience ou en seconde conscience, comme celles des hystériques et de quelques alcooliques ; enfin le souvenir de l'acte impulsif peut être intact et il n'y aurait alors qu'un seul caractère commun à toutes les fugues ; c'est en général l'absence de motif.

Et Ducosté adopte la définition suivante : « La fugue est un accès de vagabondage sans motif. »

Si nous acceptons cette définition, il nous faut éliminer de l'étude des fugues, les fuites des alcooliques devant les hallucinations qui les poursuivent, les fugues de certains hystériques en proie à des idées mystiques par exemple, car dans ces cas il y a un motif, bien qu'il soit souvent absurde. On en pourrait dire autant des cas, et ils sont nombreux, où le malade fuit pour échap-

per à ses persécuteurs, imaginaires le plus souvent.

Cependant il est probable que les malades qui font des fugues, ont pour la plupart du moins une raison d'agir au moment où ils les accomplissent, mais certains ne s'en souviennent pas, comme les épileptiques et certains hystériques, d'autres sont incapables de donner une raison valable, comme notre idiot N..., dont nous rapportons plus loin l'observation (*Fugues chez les dégénérés. Obs. I.*).

Nous compléterons donc la définition de Ducosté et nous dirons, englobant dans la même définition les fugues dans toutes les névroses :

« La fugue est un accès de vagabondage quelquefois sans motif, quelquefois commandé par une cause imaginaire, suivi ou non d'amnésie. »

On pourrait ainsi étudier les fugues d'après les motifs qui les déterminent : par exemple, certains malades fuyent n'importe où, parce qu'ils se trouvent mal là où ils sont ; leur but n'est pas d'aller à Z... mais de quitter le point A... ; d'autres au contraire veulent aller à Z... quoiqu'ils ne se plaignent pas d'être en A...

Au cours de notre travail nous indiquerons les caractères des fugues dans les principales maladies où l'on a coutume de les observer, les opinions des auteurs à leur sujet, et l'importance que peut présenter leur étude à un triple point de vue, diagnostic, pronostic et médico-légal.

FUGUES DANS L'ÉPILEPSIE

Dans tous les ouvrages qui s'occupent de cette question, les fugues épileptiques sont décrites avec des caractères à peu près identiques : ce sont des actes impulsifs, absolument automatiques, qui souvent précèdent ou suivent un accident convulsif ou vertigineux ; quelquefois aussi, ils constituent la crise comitiale même ; la fugue, souvent de courte durée, est irrésistible, inconsciente, absurde, le plus souvent sans coordination logique des actes.

Voici en quels termes en parlent Grasset et Rauzier : « Tout à coup, sans autre motif qu'une impulsion inconsciente et brusque, l'épileptique se met à courir droit devant lui ; le plus souvent mais non toujours, il évite d'instinct les obstacles ; quand il les rencontre il les repousse avec violence, et cherche à les écarter de sa route. » « Il se laisse guider par son sensorium commune, qui lui donne de plus ou moins vagues avertissements, n'arrivant pas jusqu'à son moi supérieur, maître des perceptions conscientes, et de la

volonté » (Ardin Delteil). La fin de la crise est généralement marquée par une chute. Dans quelques circonstances d'ailleurs assez rares, la course a lieu à reculons (Lannois) ou en cercle (forme rotatoire de Mingazzini) (Schùster et Mendel).

L'épilepsie procursive réalise en tant que forme morbide, un état intermédiaire entre les formes coordonnées inconscientes et l'automatisme ambulatoire, qui fait partie des équivalents psychiques, et dans lesquels il existe une conscience seconde, susceptible de revivre au cours de chaque crise. »

Dutil, dans son article sur les fugues épileptiques nous dépeint en quelques lignes, un tableau frappant de la fugue comitiale : « Lorsque l'impulsion procursive se prolonge, le malade accomplit inconsciemment de véritables fugues, dont la durée en général varie de quelques minutes à plusieurs heures ; dans quelques cas exceptionnels, l'accès ambulatoire peut se prolonger pendant plusieurs jours consécutifs, parfois une semaine entière (Charcot), quelquefois plus encore (cas de Lasègue et de Legrand du Saulle). Cette forme, étudiée par Charcot sous le nom d'automatisme comitial ambulatoire, se présente avec des caractères vraiment singuliers : sans prodromes ou bien après quelques vagues malaises, céphalée, tristesse non motivée, le malade quitte brusquement son domicile et ses occupations. Il se met en marche, entrepend un voyage, prend un billet de chemin de fer, s'embarque, descend à l'hôtel, solde ses dépenses et poursuit sa route sans que personne remarque rien d'anormal dans ses allures. Lors-

qu'il revient à lui, il s'enquiert de la localité où il se trouve, et reste stupéfait en apprenant qu'il est loin de sa demeure, ne se souvenant ni de son départ ni du chemin qu'il a suivi. L'amnésie de tous ces actes exécutés peut être complète, mais parfois, en s'efforçant de se rappeler, le sujet retrouve dans sa mémoire, quelques lambeaux de paysages entrevus ou quelques accidents de la longue course qu'il vient d'accomplir. Dans ces fugues comitiales le malade se livre à des actes incohérents ou même délictueux. »

Et en effet, nous avons souvent l'occasion d'examiner des malades qu'on nous envoie dans les asiles, pour avoir mis le feu, pour avoir commis des attentats à la pudeur, pour avoir volé ou même assez fréquemment, pour avoir commis un crime. Une fois la fugue accomplie, le malade revient à lui ; il ignore d'où il vient, où il est, et ce qu'il a fait les jours précédents. Et Sollier dit : « L'amnésie est tellement caractéristique de l'épilepsie, sous quelque forme que ce paroxysme se présente, que lorsqu'on le constate, on doit immédiatement y songer : sa constatation en présence d'un acte insolite doit faire rechercher les autres indices capables de révéler l'épilepsie. » Nous voyons un malade de Charcot accomplir dans sa crise, le voyage de Paris à Brest, sans en conserver le moindre souvenir. Un autre observé par Cabadé, se rendre en sept jours, et à pied, de Paris à Hyères, sans pouvoir donner à son retour, l'emploi de son temps.

Dans une étude statistique, Rœcke sur dix-huit marins allemands coupables de fugues, trouve six épileptiques,

dont un cas d'origine alcoolique, trois cas probables deux certains. Il s'agissait chez ces six malades « d'un vagabondage instinctif, sans plan arrêté, de trouble de la connaissance, d'accès d'angoisse, d'hallucinations, d'une amnésie plus ou moins marquée, le plus souvent complète ».

Observation I

Personnelle.

R..., 46 ans, graissier. Entré à l'asile de Ville-Évrard, placé d'office par la Préfecture de police, pour violences envers une personne inconnue de lui. Il a été arrêté à Courbevoie, où, sans motif, il a donné un soufflet à une femme qui passait, prétendant « que celle-ci était son épouse légitime, qu'elle entrait chez un marchand de vin, et qu'elle était maquillée ».

Le certificat délivré par M. le Dr Legras nous apprend que sa mère était très nerveuse, que lui-même présente depuis son enfance, et très fréquemment, des crises épileptiques, avec troubles intellectuels consécutifs ; à différentes reprises il a fait des fugues de durée variable. La nuit il est halluciné.

A l'examen du malade, nous notons un léger strabisme ; il a perdu l'œil droit à l'âge de 5 ans. A l'âge de 20 ans, il a eu des crises mal définies ; elles sont devenues de plus en plus fréquentes depuis trois années, et il a actuellement des crises tous les quinze jours ; il les sent venir. Elles débutent toujours par un tremblement des sourcils.

Comme étiologie, ni traumatisme ni émotion ; pas d'antécédents héréditaires ; sa mère était très nerveuse ; il nie l'alcool

et la syphilis. Interrogé sur les motifs de son internement, il se souvient vaguement de la gifle de Courbevoie, mais il est incapable de nous donner aucun autre renseignement ; le surlendemain de son arrivée, nous apprenons par sa femme qui vient le visiter que, au moment de son arrestation, à 6 heures du soir, il était disparu depuis la veille à midi de son domicile, sans aucun motif apparent, sans dire où il allait. Au moment du déjeuner, son fils l'appela comme de coutume; il ne répondit pas, les recherches furent inutiles. Sa famille fut prévenue le surlendemain matin de l'arrestation de R...

Sa femme nous raconte qu'il y a six mois à peine, quatre heures après une crise qu'il venait de présenter, il avait été rencontré par une personne qui le connaissait, dans un pays éloigné du sien de 16 kilomètres. Il avait l'air égaré, et ce n'est pas pas sans peine qu'on parvint à le ramener chez lui.

Observation II

Résumée de Legrand du Saulle. *Les Epileptiques*, p. 111.

Le Dr Legrand du Saulle est choisi pour arbitre en octobre 1874, dans une question d'instance projetée en séparation de corps. Le mari M. W..., licencié en droit, homme d'affaires, jouant à la bourse, racontait que la fortune lui avait été favorable pendant quelque temps. Il avait gagné 400.000 francs ; la femme sur cette somme avait placé à son insu 100.000 francs en son nom. La fortune l'abandonne, elle lui fait des reproches. Depuis quelques années, il a eu plusieurs congestions cérébrales, il présente une diminution sensible de la mémoire, des besoins instinctifs de fuir. Un jour, il se trouve à Marseille, sans savoir

comment ni pourquoi. Il y joue à la bourse, gagne 150.000 francs en dix-huit mois.

Un beau jour sans motif appréciable il se retrouve à Paris. Un an après, il se trouve au Havre un matin, souffrant de la tête. Il s'embarque sans s'en rendre compte, et reprend connaissance quelque temps après. Où suis-je demande-t-il ? On lui répond : En vue de Bombay. Le consul de l'Inde le fait rapatrier. Il vit avec un de ses fils, sa femme l'a quitté. Et elle dit : « Mon mari « était bizarre, joueur à la bourse, avide de l'inconnu, menaçant, « violent. Il a eu il y a plusieurs années des accidents cérébraux « de nature bien insolite. Une nuit d'hiver, il s'enfuit en bras de « chemise dans tout Paris. » Elle craint d'être tuée par lui, elle demande une séparation de corps. Le Dr Legrand du Saulle de concert avec Lasègue et Touzelin, délivrent un certificat établissant la très grande probabilité de phénomènes épileptiques, l'obligation d'un traitement par le bromure de potassium et la nécessité d'une séparation temporaire, amiable. Le malade s'améliora beaucoup et vint peu après trouver sa femme pour reprendre la vie commune ; sur son refus, il sortit un revolver de sa poche et se tua.

Observation III

Personnelle.

B..., 71 ans, maçon. Des nombreux certificats joints au dossier, il résulte que ce malade a des crises d'épilepsie relativement rares, survenant la nuit de préférence, et violentes ; il a présenté des fugues nombreuses, dont la plus longue a été de dix-huit heures. Il éprouve des impulsions à l'homicide ou au

suicide. Un jour il a été trouvé nu au lever du jour dans les fossés du fort de Rosny. Mais le malade ne se souvient nullement des faits qu'on lui reproche. A l'asile on lui laisse le maillot. Très satisfait de lui-même, il dit connaître les vertus des plantes. En dehors de son épilepsie, il présente des idées délirantes, il ne veut pas mourir, il sera éternel.

Observation IV

Due à l'obligeance de notre ami A. Vallet, interne des asiles de la Seine.

G..., 22 ans, doreur, est interné depuis cinq années à l'asile de Ville-Évrard; le certificat d'admission délivré par M. le Dr Charpentier, nous renseigne sur les antécédents de ce malade. Depuis l'âge de 16 ans, il présente des crises épileptiques, qui sont devenues plus fréquentes depuis deux années. Il éprouve souvent des vertiges. A différentes reprises, il a fait des fugues de courte durée en général, et s'est livré à des actes délictueux inconscients.

Le malade attribue sa maladie à la peur qu'il eut d'un incendie la veille de sa première attaque. Mais son père était sujet aux vertiges, il en avait tous les cinq ou six mois. Il nie l'alcoolisme; ses attaques sont assez rares, et débutent par un éblouissement et un cri. Un matin il a été trouvé dans un fossé, et ramené chez ses parents, d'où il était parti sans les prévenir, la veille dans l'après-midi. Une autre fois, il a accompli à pied 47 kilomètres sans savoir pourquoi il était parti ni où il était allé. Il se fâche au récit de ses absences, disant: « Je ne suis pas fou; si c'était vrai, je m'en souviendrais. »

Observation V

Personnelle.

R..., domestique, 26 ans. Entre à l'asile de Ville-Évrard avec un certificat de M. le Dr Magnan, notant des crises convulsives de nature épileptique, et des accès répétés d'automatisme ambulatoire.

Les accidents épileptiques ont débuté à l'âge de 17 ans, après une chute sur la tête d'une hauteur de 5 mètres.

La première crise est survenue quatre mois après. Depuis trois années, elles sont devenues de plus en plus nombreuses.

A déjà été interné il y a trois ans pour vol à la devanture d'un magasin.

Aujourd'hui il entre à l'asile, placé d'office par la Préfecture de police, pour violences envers une personne inconnue de lui.

Sa famille nous fournit quelques renseignements sur la nature de ses crises. Elles ont lieu tous les trois ou quatre semaines. Après la crise, le malade se lève brusquement, part droit devant lui, menaçant ceux qui veulent le retenir. Il y a deux mois, après une crise, il est resté trois jours sans rentrer chez lui, et cette fois, c'est au cours d'une absence de ce genre qu'il a frappé violemment une personne qu'il ne connaissait nullement, et qu'il a rencontrée sur son passage. Il n'en a conservé d'ailleurs aucun souvenir.

Depuis son entrée à l'asile, il est soumis au traitement par des douches et par le bromure de potassium ; les crises ne paraissent qu'une fois par mois.

LES FUGUES DANS L'HYSTÉRIE

Les fugues dans l'hystérie, ont été étudiées surtout à cause du côté psychologique de la question, qui devait tout naturellement attirer l'attention des médecins, mais aussi des personnes étrangères à cette science.

Parmi les auteurs qui ont écrit sur ce sujet, il nous faut citer en première ligne Gilles de la Tourette.

L'hystérique accomplit des fugues qui ressemblent parfois à s'y méprendre à celles de l'épileptique ; elles peuvent précéder ou suivre les attaques convulsives, ou en être indépendantes. Elles sont précédées chez le malade, par une concentration de son esprit sur lui-même. Il obéit au rêve qui le suggestionne, sachant où il va, poussé par son idée fixe ; il peut accomplir ainsi de véritables voyages, et arriver sans encombre droit au but qu'il s'était proposé d'atteindre. La fugue peut constituer l'attaque et être précédée comme elle d'une aura ordinairement psychique. Au réveil, le souvenir des faits accomplis pendant la fugue est perdu en géné-

ral, comme chez l'épileptique ; mais il peut renaître si le malade est remis en état second par l'hypnotisme. Il n'y aurait donc pas disparition des souvenirs, mais simple effacement. Le bromure n'a pas d'influence sur l'évolution de ces phénomènes, mais ce qui différencie nettement la fugue hystérique de la fugue épileptique, c'est l'intelligence avec laquelle les actes sont accomplis d'un bout à l'autre et pendant un temps quelquefois assez long.

Duprat, philosophe, non médecin, étudiant les fugues chez les hystériques, considère qu'elles peuvent être parfaitement cohérentes, et ce qui les rend anormales, c'est le manque d'adaptation au milieu. Pour lui, l'amnésie joue un rôle important dans leur étiologie, par la perte momentanée de certaines images.

Écoutons plutôt ce que dit à ce sujet Dutil, en son article sur l'hystérie : « Quelques hystériques sont sujets à des impulsions intermittentes, qui les poussent à accomplir des fugues plus ou moins longues ; ces paroxysmes précèdent ou suivent les attaques convulsives ou bien en sont indépendantes. Comme dans l'automatisme comitial, le sujet quitte tout à coup ses occupations pour accomplir quelquefois de véritables voyages. Il obéit ainsi à la suggestion, au rêve qui le captive. La crise terminée, il est fort surpris de se trouver loin de son domicile, il ignore tout ce qui lui est advenu. Dans certains cas, le malade n'est pas inconscient ; il sait où il va, mais il est dominé par le désir impérieux, par l'idée fixe qui le poursuit. A défaut de crises convulsives et de stigmates physiques, le diagnostic différentiel

de cette forme avec l'automatisme comitial, offre de réelles difficultés. »

Nous rapporterons plus loin en quelques lignes, une observation bien curieuse d'automatisme ambulatoire d'origine hystérique, publiée par Pitres, qui rapproche ces accès de vagabondage des accès de somnambulisme spontané. Et il dit : « Avant d'entreprendre un voyage, le malade devient sombre, taciturne; il souffre de maux de tête violents ; son sommeil est agité ; tantôt le malade éprouve un besoin impérieux de marcher, un besoin de mouvement, d'activité, de dépense de force, auquel il ne peut résister, mais dont la satisfaction produit une véritable détente. Il a envie d'entreprendre une longue course sans but déterminé, d'aller quelque part, n'importe où. Le plus souvent, au besoin de marcher, s'ajoute une obsession psychique; l'obsession dure quelquefois plusieurs jours, avant que le malade ne mette ses projets à exécution. Si elle est satisfaite, le calme revient complètement ; indifférent à la fatigue et à la misère, il ne songe qu'à arriver le plus tôt possible au terme de son voyage. Enfin dans certains cas, le départ succède à un rêve ou à une hallucination. »

Sur les 18 marins de Rœcke, coupables de fugues, 9 présentaient des symptômes d'hystérie dont l'obnubilation crépusculaire était caractérisée « par de la rêvasserie, de la somniation, des illusions, de la paralogie, de la mythomanie, des grimaces et des minauderies avec amnésie oscillante ».

Les fugues hystériques doivent être considérées comme des attaques de somnambulisme spontané. Elles

se présentent en effet comme, le fait remarquer Pitres dans ses leçons sur l'hystérie et l'hypnotisme, avec des prodromes comparables à ceux du sommeil somnambulique. L'hystérique au moment de ses fugues est dans un état d'esprit tout à fait différent de l'état normal. De plus, la fugue une fois accomplie, le malade en a oublié toutes les péripéties. Et si on provoque de nouveau chez lui le sommeil hypnotique, le souvenir de sa fugue lui revient dans ses moindres détails et il racontera avec la plus grande exactitude les particularités de son voyage.

Observation I

Personnelle.

P..., 19 ans, menuisier. Son père est mort de pneumonie. Sa mère est très nerveuse. Il éprouve des crises à la moindre contrariété. A présenté des convulsions dans l'enfance. Pas d'autres antécédents morbides à signaler. Il n'a jamais pu obtenir son certificat d'études. A toujours été un ouvrier irrégulier. Il est très impressionnable. Ses parents nous apprennent qu'il est d'humeur très variable, tantôt gai, tantôt triste, sans raison apparente. Depuis six mois, il éprouve une grande difficulté à déglutir les aliments solides : il ne se nourrit que de liquides.

En janvier 1907, sa mère rentrant chez elle un soir, le trouve étendu sur son lit, en proie à des mouvements convulsifs très violents. Un médecin appelé fait le diagnostic de crise hystérique Depuis trois mois, ces crises ne se sont pas reproduites, sauf une légère récidive quinze jours après la première. Au début de

mai, P..., ne rentre pas chez sa mère, avec qui il avait l'habitude de venir régulièrement déjeuner tous les jours. Celle-ci inquiète court chez son patron ; on lui dit que son fils s'est senti indisposé vers 10 heures, et qu'il a quitté l'atelier pour aller se reposer chez lui. Sa mère s'informe ; on l'a rencontré au pays voisin, à 4 kilomètres de l'atelier, à midi. On perd sa trace, et après vingt-sept heures d'absence, il rentre de lui-même au domicile de sa mère. On l'interroge sur les motifs de ce voyage. Il ne se souvient de rien. Il est incapable de dire pourquoi il est allé au pays voisin, ni ce qu'il y a fait. Sa mère apprend le lendemain, qu'il est allé déjeuner dans un café, où il a passé quelques heures à jouer avec des consommateurs.

Sa mère le place comme volontaire à l'asile de Ville-Évrard. Nous examinons le malade. Nous notons : diminution considérable du réflexe pharyngé.

Hémi-anesthésie du côté gauche.

Boule hystérique.

Symptômes d'œsophagisme.

Observation II

Résumée de Pitres (*Leçons cliniques sur l'hystérie*).

A. D..., gaziste, 29 ans.

Son père était hypocondriaque, et mourut à 61 ans, avec des symptômes de ramollissement cérébral. Sa mère est morte à 50 ans, sans avoir jamais eu d'accidents nerveux. Deux frères et une sœur bien portants.

A 18 ans, il tombe du haut d'un arbre. Il éprouve une violente commotion cérébrale. Depuis lors, migraines fréquentes. A

toujours été ému par le récit des voyages. Il s'enquiérait étant enfant, des monuments remarquables des grandes villes.

Il n'a jamais fait d'excès alcooliques. N'a jamais eu la syphilis. Depuis l'âge de 11 ans, se livre à la masturbation. Intelligence assez vive.

Mémoire excellente. Se plaint de maux de tête fréquents. Sur le cuir chevelu, au niveau du vertex, zone hyperalgésique, de 5 ou 6 centimètres carrés, dont la pression provoque une certaine douleur. Hémianalgésie complète du côté droit. Rétrécissement très marqué des champs visuels. Réflexes rotuliens et pharyngiens normaux. Il est facilement hypnotisable par la fixation du regard.

A 12 ans, fuit pour la première fois; il était alors employé à l'usine à gaz de Bordeaux. Son frère va le rejoindre, lui frappe sur l'épaule: — Que fais-tu là? D... semble sortir d'un rêve, et se laisse ramener chez ses parents sans résistance. Quelque temps après, on lui confie 100 francs pour aller faire un paiement. Il part... et le lendemain, il se trouve en chemin de fer avec un billet pour Paris. Il arrive à la capitale, ne connaît personne, se couche sur un banc près la gare d'Orléans. La police le ramasse. Il n'a aucun papier, on l'enferme quinze jours à Mazas. Sa famille contrariée lui refuse de l'argent, il rentre à pied à Bordeaux.

Dès cette époque les fugues se renouvellent souvent: Il visite successivement Châlons-sur-Marne, Vesoul, Dijon, Lyon, Grenoble, Périgueux, Toulouse, Marseille, s'occupant pour gagner sa vie, à toutes sortes de travaux. A Marseille il s'embarque pour l'Afrique, arrive à Alger; il y reste quelques jours, revient à Marseille, et part à pied pour Bordeaux.

En 1878, il s'engage volontairement au 127e d'infanterie à

Valenciennes; quelques mois après, déserte avec armes et bagages, visite la Belgique, l'Allemagne, la Hollande, l'Autriche. Il travaille quelque temps à Vienne. Il reçoit une lettre de son beau-frère, et rentre à son régiment, décidé à ne plus voyager. Il déserte quelque temps après et retourne à Vienne. Il va en Russie après l'assassinat du Tzar, est arrêté par la police, emprisonné comme nihiliste. On le conduit à la frontière, et on lui laisse la liberté. Il part pour Constantinople. Là il fait la connaissance d'un ouvrier suisse qui lui vante son pays. Il part alors pour Genève, Mulhouse, Schaffouse, Bâle. Le mal du pays le prend, il rentre en France. Il est saisi à la frontière, passe au conseil de guerre à Lille et est envoyé aux travaux publics en Afrique, où il est gracié peu après et réformé pour ses maux de tête.

Il revient à Bordeaux, rentre à l'usine à gaz, reste tranquille pendant quelques mois. Il devient fiancé à une jeune fille charmante. Les bans sont publiés. La veille de la cérémonie, il disparaît sans raison plausible, et peu après, se retrouve à Verdun, sans savoir comment il y est venu, ni ce qu'il a fait pendant les quatre mois précédents. Il revient à Bordeaux, et après quelques fugues analogues, ses parents le font entrer à l'hôpital. Il s'en échappe pour voyager et revient de lui-même dans le service quelque temps après.

Il épouse une ouvrière, qui accouche un an après d'un enfant à terme et bien constitué. Le mari travaille régulièrement pendant un an, et un jour quitte l'atelier pour aller visiter les Landes.

Après trois ou quatre fugues analogues, il part pour Orléans où il reste dix jours à l'hôpital; puis il vient à Bordeaux en neuf jours, faisant 50 kilomètres par jour. Il est arrivé couvert de

poussière, les souliers percés, et a été aussitôt dirigé sur l'hôpital.

Avant d'entreprendre un voyage, il éprouve pendant quelque jours des malaises prémonitoires. Son caractère devient sombre, taciturne; sa figure prend un aspect d'hébétude qui contraste avec l'apparence douce et souriante qu'elle a à l'état normal. En même temps il souffre de maux de tête violents; son sommeil est agité; il se masturbe cinq ou six fois par nuit. Bourdonnements d'oreilles. Besoin impérieux de marcher.

FUGUES DANS LE SOMNAMBULISME

Guinon, dans le *Manuel de médecine* de Debove et Achard, dit : « Jusqu'à la fin du siècle dernier, on entendait par ce mot, les gens qui, se levant la nuit pendant leur sommeil, accomplissent inconsciemment des actes quelconques, dont ils ont perdu le souvenir au réveil. » Et il attribue le somnambulisme à l'hystérie. En est-il même distinct, existe-t-il un somnambulisme indépendant de la grande névrose?

Gilles de la Tourette étudie le somnambulisme naturel qui survient chez des enfants le plus souvent, les malades exécutant pendant le sommeil, des fonctions qui appartiennent à l'état de veille.

G. Guinon désigne ces manifestations sous le nom de noctambulisme; d'après une observation de cet auteur, l'état de somnambulisme ne semble pas naître sans transition du sommeil naturel, mais il succède à une courte période convulsive. Pendant son attaque, le somnambule ne perçoit aucune sensation, il vit uniquement dans son rêve, et ne prend au monde extérieur

que ce qui peut trouver place dans son rêve. Le somnambule accomplit pendant son sommeil des actes dangereux, comme de marcher sur des toits; sa précision ne cesse que si on le réveille. « C'est qu'alors, dit Debierre dans ses *Leçons d'anatomie*, il substitue le contrôle conscient de ses centres supérieurs à l'équilibre inconscient et automatique que lui donnent ses centres inférieurs. »

Il semble que les somnambules puissent se répartir en trois groupes :

Tout d'abord, il existe une forme de somnambulisme que Guinon a appelé automatisme comitial ambulatoire. Souvent ce phénomène constitue à lui seul la crise épileptique. Le malade part subitement, peut accomplir ainsi de longs voyages à pied, en chemin de fer, exécutant comme des personnes normales les actes de la vie ordinaire, présentant tout au plus un air plus ou moins hagard, qui peut parfois faire attirer sur lui l'attention.

Mais quelquefois, le malade se livre sur son chemin à des actes étranges, qui le font remarquer de son entourage. Aussi Charcot donne-t-il le conseil de « munir les malades de ce genre d'une sorte de certificat médical qu'ils porteront toujours sur eux et qui leur servira à se faire reconnaître comme malades dans leurs diverses fugues, et leur évitera souvent bien des désagréments. » Au cours de leurs fugues, les malades de cette catégorie sont absolument inconscients, et revenus à eux, ils ont perdu complètement le souvenir des actes qu'ils ont accomplis pendant leurs absence.

Une deuxième catégorie de somnambules, est cons-

tituée par les individus en état de somnambulisme hypnotique, c'est-à-dire en état de somnambulisme provoqué artificiel. Le sujet présente au premier abord tous les caractères d'un individu dans l'état normal ; Charcot a étudié cet état, dans lequel s'observe la « contracture somnambulique » ; un frôlement de la peau à l'aide des doigts ou du souffle suffit à la produire ; c'est « l'hyperexcitabilité cutanéo-musculaire. » Le sujet, dans cet état, ne délire pas et n'accomplit pas spontanément des actes délictueux. Il attend, pour agir, les ordres de celui qui l'a hypnotisé, et c'est cette variété de somnambulisme qui, à une certaine période, a tant passionné le grand public.

La troisième catégorie comprend le somnambulisme hystérique. Souvent on peut observer des vestiges de la crise hystérique, et le malade agit spontanément ; son délire est hallucinatoire, le plus souvent. Et ces hallucinations sont en rapport avec ses habitudes, sa profession, son genre de vie habituel. Le malade en crise pourra commettre des vols, des tentatives d'assassinat, mais en général la perte du souvenir est complète. Quant au vigilambulisme, on peut le considérer, d'après Charcot, « comme une modalité anormale et assez rare de la phase des attitudes passionnelles de la grande attaque d'hystérie ».

D'après lui, on trouverait presque toujours soit au début, soit à la fin de l'état vigilambulique, des phénomènes convulsifs très peu marqués, tels qu'on les observe à une des périodes de l'attaque normale. Et, lorsque la crise vigilambulique est terminée, le malade

n'aura plus aucune notion des actes qu'il aura accomplis. Quant aux cas de noctambulisme, certains rentrent dans l'automatisme comitial ambulatoire à forme nocturne, d'autres peuvent être attribués, d'après Guinon, au somnambulisme hystérique, d'autres enfin au vigilambulisme.

Il nous faudra donc, dans chaque cas particulier, en présence d'un malade ayant accompli une fugue ou un acte délictueux, rechercher par un examen soigneux et quelquefois prolongé, les différents stigmates qui pourront lui faire reconnaître surtout comme cause : l'épilepsie ou l'hystérie.

Cette question des fugues dans les différents somnambulismes est intéressante aussi au point de vue psychologique, et certains auteurs parmi lesquels Gilles de la Tourette, Guinon, Sollier, ont examiné des cas de somnambulisme, que la plupart des auteurs s'accordent d'ailleurs à considérer comme des formes larvées de l'hystérie ; chez les malades observés, les fugues apparaissent pendant la jeunesse. Toujours elles débutent pendant le sommeil. Elles sont de courte durée, le sujet accomplit les actes de la vie journalière, et ne présente en général aucune attitude qui puisse attirer sur lui l'attention de son entourage. Au réveil, il a perdu le souvenir complet de ce qu'il a fait pendant son absence, et des motifs qui l'ont poussé à l'accomplir.

Observation I

Due à l'obligeance de notre ami, le Dr André Vallet, interne des Asiles.

P..., 23 ans, étudiant en médecine.

Son père est vif, emporté, intelligent mais ne sachant pas gérer ses affaires, fils lui-même d'un père alcoolique.

Sa mère est très intelligente, mais névropathe, très susceptible, surtout à l'époque de la ménopause ; elle aurait eu dans l'enfance des crises de somnambulisme.

P... est né de parents déjà âgés, et avant terme ; masturbation dans l'enfance. A 10 ans, alors qu'il était au lycée, il monta un jour à l'infirmerie pour une légère indisposition. A minuit, le veilleur de nuit le trouva couché dans un couloir. Il se réveilla et alla se remettre au lit tout confus. Le même veilleur l'aurait rencontré une autre fois errant dans les cours de récréation, à 3 heures du matin.

Vers 14 ans, au réveil, ses camarades trouvent son lit vide. On fait des recherches ; on le découvre à 8 heures du matin, couché sur la pelouse du parc, il se réveille, reprend conscience, et ne peut donner les raisons de cette absence illégitime.

A 22 ans, pendant les vacances, à une heure avancée de la nuit, ses parents entendent un bruit insolite dans sa chambre. Ils y entrent et trouvent P... assis devant sa table de travail, les yeux fixés sur ses livres. Ils l'appellent, P... se réveille et semble sortir d'un rêve ; le lendemain il ignore ce qui s'est passé.

Depuis quelque temps, ces absences se présentent à des intervalles de plus en plus rapprochés ; le malade est devenu sombre avec des périodes de profonde dépression, et des maux

de tête violents. Ses parents le placent volontairement à l'asile de Ville-Évrard.

Observation II

Résumée du Dr Paul Courbon

Automatisme ambulatoire. *Annales Médico-Psychologiques*, janvier-février 1907.

Louis L.., âgé de 22 ans. Entré à Villejuif le 15 mai 1906. Père alcoolique, mort d'accident. Mère bien portante. Pas d'aliénés dans leur famille. Le sujet n'a eu ni convulsions, ni maladies dans l'enfance ; il n'a jamais pu apprendre à lire ni écrire. Lors de sa seizième année, il présenta pour la première fois les phénomènes suivants, qui se renouvelèrent souvent par la suite :

Depuis quelques mois, il était placé chez un patron où il était très heureux, lorsqu'un beau matin à 10 heures, il se trouva aux halles, sans savoir comment il y était venu ; la veille, il s'était couché comme d'habitude, et depuis, il a tout oublié. Honteux de cette absence, il n'osa plus reparaître chez son maître.

Il se mit à voyager, volontairement, cette fois pour chercher une nouvelle place. Il arriva dans le Jura, d'où ses parents le rappelèrent. Il revint à Paris ; il entra à l'Élysée-Palace comme plongeur. Un matin il se réveilla encore aux Halles, tout habillé. Il se souvint très bien de s'être endormi dans son lit la veille au soir. Honteux, il n'osa retourner chez son patron.

Il mena une vie vagabonde, fut condamné à trois ans de prison pour vol qualifié. Là, il subit de nombreuses punitions : il se levait sans motif, marchait à grand pas et fredonnant ; les gar-

diens croyaient qu'il se moquait d'eux. Libéré en octobre 1905, sa mère le plaça dans une ferme près de Chantilly. Un mois après, il se réveilla un matin, près d'une pièce d'eau, à 1 kilomètre de sa demeure. N'osant rentrer à la ferme, il erra à l'aventure, vola des vêtements, et alla se constituer prisonnier à la gendarmerie.

Depuis son entrée à l'asile, L... s'est montré docile, un peu vif, mais il n'est pas violent.

LES FUGUES CHEZ LES DEGÉNERÉS

Il faut entendre par dégénérescence, la grande famille des psychopathes, arthritiques et névropathes, que les stigmates qu'ils présentent soient congénitaux ou acquis, sous l'influence des maladies infectieuses, des intoxications multiples, du surmenage, et peut-être aussi d'une éducation physique défectueuse. Dans cette dernière catégorie, il faut ranger la majeure partie des vagabonds ; nous trouvons chez eux un type spécial de malades, que Meige a étudié dans *Le Juif errant à la Salpêtrière*, et Tissié, dans sa thèse sur *Les aliénés voyageurs*. Beaucoup de ces instables sont des Israélites neurasthéniques, « partis du fond de la Russie », et qui viennent échouer à la Salpêtrière ou à l'Hôtel-Dieu, après avoir erré dans les hôpitaux de Berlin ou de Vienne. Mais cela ne veut pas dire que tous les sujets de cette catégorie sont tous des sémites. L'aveugle dont nous rapportons plus loin l'observation est un Français de Seine-et-Marne.

Chez ces migrateurs, le vagabondage a une cause

pathologique, mais la conscience du moi n'est pas obnubilée, ce qui les distingue des épileptiques et des hystériques, qui sont inconscients pendant la fugue, et oublient ce qu'ils ont fait, une fois revenus à l'état normal. La crise née souvent d'une cause réelle, mais insignifiante, revêt le type conscient, et le souvenir en est tout à fait intact; tantôt c'est un mode de réaction à des hallucinations, un moyen d'échapper à des persécuteurs; ou bien ces malades obéissent à une impulsion consciente; ils satisfont un goût maladif des voyages. (dégénérés obsédés).

Bregmann rapporte un cas de fugue, chez un garçon de 14 ans « bien développé au point de vue intellectuel et moral, qui quitte sans raison la maison paternelle où il est choyé, pour errer à l'aventure. Ces déplacements se répètent à intervalles irréguliers, depuis l'âge de 7 ans. Ils sont indépendants de la volonté du sujet, toujours liés au souvenir d'un frère mort, accomplis sans coïncidence d'actes répréhensibles, et en général ils laissent une trace dans la mémoire du malade. Ces fugues ne relèvent ni de l'hystérie, ni de l'épilepsie, il s'agit de fugues de dégénérés. »

Les observations qui font le sujet de la leçon de M. le professeur Raymond, et dont nous avons parlé, montrent que la fugue peut rester une impulsion vague, analogue à celles des dégénérés, même chez des sujets qui présentent d'autre part les stigmates de l'hystérie ; chez le malade P... (fugues dans l'hystérie, obs. I), il s'agissait d'un état hystérique développé sur un terrain de dégénérescence.

Heilbronner pense que les états de fugues doivent être considérés le plus souvent comme la réaction maladive d'individus dégénérés, contre des sentiments « dysphoriques ». Ces états peuvent être des états de mauvaise humeur étrangers à l'épilepsie, ou provoqués par des causes de minime importance. Dans des cas exceptionnels, ils peuvent se développer à la suite d'états crépusculaires, tenant de la nature du rêve, qui détermine le but de la fugue, cet état onirique survenant spontanément ou à la suite d'excitations extérieures.

Dans les cinq cas de fugues observés par Rœcke chez des marins allemands débiles, coupables de désertion, les actes sont mieux liés et plus motivés, ils avaient une origine émotive, telle que l'angoisse, la nostalgie, la sexualité.

Chez les dégénérés et chez les neurasthéniques, les phénomènes psychiques se présentent avec des caractères identiques : origine émotionnelle, idée irrésistible, conservation de la conscience avant et après la crise, qui s'accompagne d'angoisse et est précédée et suivie d'une sensation de détente et de bien-être. En général, au cours de leur vagabondage, ces malades se livrent à des excès d'alcool et à des excès vénériens. (Dégénérés pervers et amoraux.)

Ils arrivent, par leur mensonge, à emprunter de l'argent aux personnes qu'ils peuvent connaître ; s'ils n'arrivent pas à leurs fins, ils pillent ou volent. Enfin, apres un temps qui varie en général d'une semaine à un mois, ils rentrent chez eux, et, interrogés sur leur absence, ou sur les délits qu'ils ont pu commettre, ils simulent par-

fois admirablement l'amnésie. Dans tous les cas, le sujet dégénéré qui vient d'accomplir une fugue, s'est très bien rendu compte au cours de ses pérégrinations, des actes qu'il a accomplis; et il est capable quand il le veut de donner lui-même un emploi de son temps très exact et très détaillé.

Observation I

Personnelle.

N... Marius, Israélite, 23 ans.

Est entré à l'asile de Ville-Évrard avec un certificat de M. le Dr Simon, où nous voyons : débilité mentale ; excitation par intervalles. Fugues. Onanisme. Stigmates physiques de dégénérescence.

Ce malade ressemble beaucoup, si ce n'est lui-même, à l'idiot représenté dans le *Traité de pathologie mentale* de Gilbert Ballet, page 1261, figure 188. Le front est bas, étroit et couvert de poils, le nez est étroit et sémite, la tête aplatie, les yeux petits, à moitié fermés et atteints de blépharite, sans cils, la mâchoire et les lèvres sont énormes. Il parle comme un enfant, a une conscience vague du temps et du lieu, se gratte à la façon d'un singe pendant qu'on lui parle ; il semble jouir de quelques facultés simples. Il aime à voir ses parents. Il n'a jamais pu apprendre à lire, ni à écrire. Il a été incorporé, mais a été réformé après deux mois et demi de service pour « inaptitude ». Depuis ce temps il a fait plusieurs fugues, sur lesquelles il ne donne que de très vagues renseignements ; il dit qu'il sortait de chez lui pour aller à Clamart, chercher des pommes de terre ou du bois. Il se promenait, disait-il. Ses parents sont des commer-

çants aisés, qui n'ont nul besoin de ces ressources. Ils nous apprennent qu'étant enfant, N... était d'humeur très changeante, et que cette variabilité de caractère n'a fait que s'accentuer avec l'âge.

Observation II

Personnelle.

M..., 23 ans.

Le certificat d'entrée, délivré par M. le Dr Legras, nous apprend que le sujet présente des stigmates physiques de dégénérescence très accentués.

Il est incapable de se diriger lui-même. Il a été arrêté trente-deux fois pour vagabondage ; sa dernière condamnation a été de six mois de prison, pour infraction à la loi sur l'interdiction de séjour. Sa peine expire le 3 juillet 1906. Il nous avoue que le séjour de Paris lui était interdit, mais qu'il n'a pu résister au désir de revoir la ville ; se trouvant sans ressources, il s'est spontanément rendu au poste de police, d'où on l'a conduit au dépôt.

Il déclare qu'il est parti de chez lui douze à quinze fois pour aller où cela lui plaisait, ajoutant que jamais il n'a pu résister au désir de partir ; interrogé sur son genre de vie, ses moyens d'existence au cours de ses pérégrinations, et sur les nombreux délits (vols, violences envers les agents) qui ont motivé ses multiples arrestations, il raconte des faits invraisemblables et se contredit ; on devine sur sa physionomie, qu'il cherche à dissimuler la vérité. A été transféré dans son pays.

Observation III

Communiquée par A. Vallet, interne des Asiles.

P..., sculpteur, 49 ans.

D'après le certificat d'entrée, délivré par M. le Dr Marandon de Montyel, le malade a fait des fugues à différentes reprises ; souvent il a présenté des crises de délire mélancolique avec hallucinations, et symptômes indubitables de dégénérescence mentale.

A l'interrogatoire, ce malade sait à peu près le lieu où il est, la date à laquelle il est né ; il donne même quelques détails sur son existence, mais, abandonné à lui-même, ou si l'interrogatoire se prolonge, il se livre à des propos absolument incohérents. Il a entendu des voix, mais il y a vingt ans prétend-il. Elles lui disaient 104 au lieu de 98. Rupt serait son grand-père, un homme qui a un gros cou et qui lui envoyait « un lapin de Notre-Dame ». Le cléopthérix est le point d'appui de la question sociale. « Bis repetita placent. » On le canonne de loin, on le blesse de toutes parts.

Interrogé sur les motifs de sa dernière fugue, il dit qu'il a été à Bruxelles pour voir sa grand'mère; mais elle avait déménagé. Puis il est allé au Luxembourg où étant sans argent il a été rapatrié par le Consul. Il a été à Strasbourg et à Mulhouse pour se défendre contre les canons Krupp et pour voir son grand-père ; or, celui-ci est mort depuis 1896.

Léger alcoolisme. Pupilles paresseuses.

Observation IV

Personnelle.

M..., 30 ans, représentant de commerce, Israélite. Dans le certificat d'admission, signé de M. le Dr Legras, nous lisons :

« Débilité mentale, excitation par intervalles, préoccupations « hypocondriaques. Fugues, incapacité de se diriger. Surdité « complète. Croit entendre des sifflements qui lui ordonnent de « partir,Premier internement en 1904. Confusion mentale. Idées « hypocondriaques. Bourdonnements d'oreilles,accuse son entou- « rage d'en être la cause. »

Ce malade a déjà fait trois séjours dans différents asiles. A sa dernière sortie, même état ; de plus, impulsions auxquelles il ne peut résister ; il quitte la maison de sa mère à n'importe quelle heure, pour aller on ne sait où. Un jour il disparaît, on le retrouve quatre jours après au poste de police de Rouen. Venu dans cette ville à pied, sans argent, sans connaître le chemin, il ne sait pour quelle raison il a quitté Paris pour aller à Rouen plutôt qu'ailleurs.

Maintenant, un an après, il dit au sujet de cette fugue « mais c'est vieux comme Hérode, j'allais là-bas pour voir un ami ». Nous lui demandons par écrit, de quoi il a vécu à Rouen: « J'ai volé, j'ai assassiné, j'ai incendié, j'ai vitriolé, il y a de cela cinq ans. » Pourquoi me dites-vous cela, puisque ce n'est pas vrai? Réponse : « Parce que je me demande pourquoi je suis ici ; si je suis allé à Rouen, c'était pour voir un cousin ; j'étais un peu malade ; cela date de deux ans. C'est une aventure qui n'arrive qu'une fois dans la vie, j'ai eu une idée absolument bête ; si j'avais réfléchi je ne serai pas parti ; mais c'était peut-être prévu d'avance par

d'autres personnes que je ne connais pas. » « J'entends de petits sifflements. » C'est cela qui vous a fait partir ? Réponse : « Un peu, il y a eu complot contre moi, voilà tout. Ce sera sans doute mon dernier voyage. »

L'entourage du malade est victime de ses violences quand il veut l'empêcher de partir. Brise les vitres. Pour chasser les bruissements d'oreilles, se brûle le pavillon de l'oreille avec des allumettes. Avant son entrée à l'asile, série d'actes inconsidérés, violences. Dépenses exagérées. Écrit des lettres à des femmes mariées qu'il ne connaît que de nom.

Observation V

Personnelle.

M..., 36 ans, sans profession, né en Seine-et-Marne. Ce malade a fait au mois d'avril 1906 le sujet d'une très intéressante causerie de M le professeur agrégé Dupré à l'Infirmerie du dépôt.

Il entre à l'asile de Ville-Évrard le 3 avril 1906. Le certificat délivré par M. le Dr Dupré, relate de la « débilité mentale, avec « idées très vagues de persécutions dirigées contre les infirmiers, « les gardiens de prison, les gendarmes auxquels il a souvent « affaire au cours de ses pérégrinations : un vagabondage chro- « nique depuis une dizaine d'années. Le malade a parcouru le « midi de la France, le nord de l'Espagne, l'Italie, l'Algérie, « sans pouvoir rendre compte de ses moyens d'existence. Il se « dit accordeur de pianos, fabricant de brosses, vendeur ambu- « lant, constructeur de voitures et d'automobiles. Il construira « une voiture à six roues, qui marchera au gaz, cela ne fait rien « si elle renverse. Il aurait été interné quelque temps à l'asile de « Pierrefeu près Toulon. »

Ce malade devint aveugle dès l'âge de 20 mois. Il présente sur le nez une cicatrice consécutive à une sinusite. Il est arrivé à l'infirmerie avec un costume bizarre, une calotte sur la tête, un sac contenant une pomme de terre, une bougie (servant à imperméabiliser) dit-il, une vieille bottine (servant à faire des cigarettes). Ce malade a une taie sur l'œil gauche ; à droite la pupille ne réagit pas, et il semble bien ne pas voir. Il dit éviter les obstacles par l'ouïe ; les arbres lui renvoient l'écho de ses pas. Les rayons du soleil lui font l'effet d'une pâte chaude. Sait lire et écrire en points saillants. A la notion des saisons par l'atmosphère. Touchant un tapis reconnaît qu'il est rouge, marron, puis nous dit que notre porte-plume est vernis noir. Mais il se trompe, en disant qu'un drap est blanc mélangé ; il explique son erreur par la nouveauté de l'étoffe. Il reconnaît des fleurs de lilas. On rencontre du vert, dit-il, dans les choses tendres ; le rouge a du brillant sous les doigts. Reconnaît les pièces de monnaie. Dans ses voyages il préfère coucher sur une chaise. Les Arabes lui ont fait l'effet d'être sales, les Marseillais jaloux. Il juge la mer d'après son bruit. Il a joué violon, harmonium, piano. Il aurait fabriqué de la fausse monnaie, avec des métaux et du cristal. Il sait le lieu, la date, et c'est avec les notions précédentes fausses on incomplètes sur le monde extérieur, que le malade, qui s'ennuie à Ville-Évrard, désire partir et reprendre sa vie vagabonde. Pour le moment, il veut d'abord aller chez sa mère, puis il repartira vers les pays chauds et ira à Port-Saïd, en passant par Oran, pour étudier les mœurs du pays.

FUGUES DANS LA DÉMENCE PRÉCOCE

Les fugues dans la démence précoce, étudiées à l'étranger par Kraepelin, ont été en France l'objet de plusieurs publications, parmi lesquelles nous citerons les Monographies de Masselon et de Deny et Roy. Les déments précoces sont des sujets chez qui les facultés intellectuelles sensitives et morales, du moins au début de la maladie, ont subi un simple déficit. Ces maladies peuvent avoir une conscience à peu près nette de leurs actes et un souvenir intact. Certains peuvent continuer à vivre dans le milieu où ils ont toujours vécu, sans laisser soupçonner leur affection. Chez d'autres, la maladie peut évoluer plus vite, se manifester par de la perversion morale, par un caractère agressif, et nécessiter bientôt leur placement dans une maison de santé. Mais ce qui caractérise avant tout la démence précoce, c'est l'impossibilité permanente où le malade se trouve de fixer l'attention. Les fugues dans la démence précoce ont été souvent confondues jusqu'ici, avec les fugues des dégénérés et des psychasténiques.

La fugue des déments précoces n'est autre chose qu'une réaction motrice. Un malade qui jusque-là n'avait présenté aucune marque d'agitation, se met brusquement sous l'influence d'une hallucination soudaine, à tourner rapidement autour de sa chambre ou de la cour, en proie à une violente excitation ; parvient-il à échapper à la surveillance de ses gardes, il s'enfuit droit devant lui, sans but. En général il ne commet aucun acte insolite susceptible d'attirer sur lui l'attention de l'entourage ; ses actes sont le plus souvent bien coordonnés. Au bout d'un temps en général assez court, trois ou quatre jours au plus, le malade revient de lui-même au point de départ, ou se laisse ramener par des personnes étrangères. Il s'endort d'un profond sommeil, présente une dépression physique très marquée. Bientôt il recouvre son état antérieur à la fugue. Interrogé le lendemain sur les motifs de sa fugue, sur ce qu'il a fait pendant son absence, il est susceptible de donner quelques renseignements exacts, mais incapable qu'il est par le fait même de sa maladie de tenir une conversation suivie et de prêter une attention soutenue, il s'abandonne bientôt à des propos incohérents. Et fait particulier, les différentes fugues d'un même malade revêtent très souvent les mêmes caractères.

Deny et Roy citent le cas « d'un jeune soldat de 23 ans, sans tares héréditaires, intelligent jusqu'alors, bon soldat d'ailleurs, et n'ayant pas encore encouru de punitions », qui sort un soir de la caserne. En tenue de sortie, il gagne la gare, et sans trop savoir où il va, prend un billet de chemin de fer ; il part en Suisse, y

reste plusieurs semaines, puis rentre en France, et réintègre de lui-même la caserne. En moins d'une année, deux nouvelles fugues sont accomplies dans les mêmes conditions; mais la durée en est moins longue, les parents chez qui le malade s'était rendu, ayant pris soin de le ramener au corps. Après la troisième de ces escapades, apparaissent des idées de grandeur absurdes et incohérentes: il se croit le commandant de l'armée de Madagascar; sa voiture et ses chevaux l'attendent à la porte, etc... A ce moment le déficit intellectuel très accusé se traduit par un visage niais et ahuri, de la confusion mentale, des troubles de la mémoire, et nécessite la réforme de ce soldat, longtemps jugé responsable, sinon même simulateur. Et les auteurs ajoutent: « Chez lui, l'acte a bien été conscient, et le souvenir est gardé; il y a plutôt subconscience que conscience réelle, et quant à la mémoire, elle est assurément conservée, mais d'une manière assez défectueuse pour ne pas permettre au malade d'entrer dans les détails, ni de citer par exemple les localités ou il s'est arrêté. »

D'autres sujets, au contraire, au début de la maladie ou pendant les périodes de rémission, rendent très bien compte après une fugue, des causes qui l'ont provoquée, une contrariété par exemple, et racontent avec exactitude les particularités de leur voyage. Dans ce cas, nous n'avons plus affaire à une impulsion purement motrice: c'est leur volonté altérée, perdue en partie, qui n'a pu résister à leur idée de fuir.

Tanzi, dans son *Traité des maladies mentales* a consacré un chapitre sur les fugues chez les déments pré-

coces et il écrit : « Parmi les impulsions des déments précoces on note assez souvent les fugues : Fugues sans préméditation, ni plan, que les malades entreprennent au hasard, sans argent, sans colère, sans peur, sans but. Découverts ils se laissent tranquillement reconduire chez eux comme si rien ne s'était passé. Quelquefois ces fugues se répètent, et les malades ne semblent pas s'émouvoir du tourment dans lequel ils jettent leur famille. Les explications qu'ils donnent de leurs fugues sont souvent grotesques par leur puérilité. Ils veulent s'exercer à marcher, prendre le frais, passer le temps, voir des pays nouveaux, étudier l'astronomie, voir se lever l'aurore, se dégourdir les jambes. Seule la démence précoce peut expliquer les fugues sans but, les suicides sans désespoir, les voies de fait sans colère et les calomnies sans haine. » Mais il faut bien dire que des fugues de ce genre ne s'observent qu'à la dernière période de la maladie, à la période de démence profonde.

Ducosté reconnaît quatre variétés de fugues : 1° d'instabilité, 2° d'impulsion, 3° de déficit intellectuel (ou démence légère), 4° de démence profonde. Les premières consistent en sorties conscientes non motivées, sans but, avec retour au point de départ ; après avoir erré plus ou moins longtemps, les malades rentrent chez eux.

Les secondes pourraient êtres confondues avec celles de l'épilepsie et de l'hystérie. Les malades partent brusquement sans avertissement, comme les comitiaux, puis au moment où ils reprennent conscience, ils cherchent à rentrer chez eux, ainsi que les hystériques qui sortent de leur état second.

Dans les fugues de la troisième catégorie, les malades savent encore où ils vont, s'orientent, en un mot sont au moins subconscients ; la fugue peut être le premier acte qui met en relief l'affaiblissement intellectuel des malades.

Enfin les dernières sont comme les autres accomplies sans motif mais aussi sans but.

Les observations de ce dernier cas sont relativement rares, comme le fait remarquer l'auteur, les malades qui sont arrivés à cette période ultime de la maladie, étant en général soignés dans les asiles et incapables, grâce à une surveillance continue, d'accomplir une fugue.

Nous voyons donc quel intérêt il y a pour les médecins, les médecins militaires en particulier, a bien connaître les fugues dans la démence précoce. Elles peuvent s'observer chez de jeunes soldats, à l'âge précisément où apparaissent le plus souvent les premiers symptômes de l'affection. Parfois même la fugue en constitue le premier symptôme : Les médecins de l'armée peuvent avoir souvent à juger des cas « d'absence non motivée et de désertion » chez les soldats, et seul un examen minutieux et prolongé du sujet pourra permettre à l'expert commis pour examiner leur état mental, de reconnaître la part qui revient ou non à la simulation.

Observation I

Personnelle.

A..., 28 ans, ébéniste. Entre à l'asile de Ville-Évrard, en juin 1906. Le certificat, délivré par M. le Dr Charpentier, nous apprend que le malade éprouve parfois des crises de délire transitoires, symptomatiques de démence précoce. Il présente des vertiges fréquents, du désordre dans les actes et dans le langage. A différentes reprises il a quitté subitement le toit paternel, et il s'emporte violemment quand on lui en demande la raison.

Son père est alcoolique, sa mère est morte d'éclampsie. L'hérédité de ce malade ne présente aucun accident morbide.

Il est blond frisé, aux yeux bleus, a une tête assez jolie. Il a une conscience assez exacte des choses, peut faire des calculs simples, sait lire. Ne serait pas alcoolique. Le malade est très vif; contrarié il brise tout mais il n'a pas de crises convulsives, ne perd pas connaissance, n'a pas d'incontinence d'urine. Il présente un léger défaut de prononciation. Il trouve qu'il devait être là depuis longtemps. Sa nervosité proviendrait d'après lui d'une peur à l'âge de 19 ans; il serait tombé évanoui.

A cette époque, il fréquentait un ami qui jouait de la mandoline. Il prit goût à la musique, et les soirs à 7 heures, en quittant son travail, il allait régulièrement rejoindre son ami. Il prétend que c'est dès cette époque qu'il fut renvoyé à plusieurs reprises de ses places, parce qu'il avait pris l'habitude de s'attarder avec son ami. Mais il prétend n'avoir pas fait d'autres fugues. Il passe son temps à griffonner sur le papier des choses sans suite et le plus souvent incohérentes; on a pourtant

la sensation qu'il ne dit pas la vérité. Son père nous fournit les renseignements suivants : à plusieurs reprises, il avait quitté subitement la maison paternelle, sans cause apparente, et, après un temps variant de quelques heures à quelques jours, était rentré de lui même au logis ; si on lui demandait d'où il venait, il se mettait à rire. Si on lui demandait : qu'as-tu fait ? Il sortait de sa poche des futilités : un bout de bois, un bouton, un vieil anneau, et c'était tout.

Son père nous dit que son intelligence s'est affaiblie de plus en plus depuis quelques années. Il présente aussi une diminution considérable des sentiments affectifs, et l'indifférence la plus complète pour tout ce qui se passe autour de lui. A l'asile, il s'occupe parfois, mais rarement, au jardin. Le reste du temps, il griffonne sur du papier des phrases décousues et des propos incohérents.

Observation II

Personnelle.

D..., garçon de bureau, 28 ans. Interné à l'asile de Ville-Évrard.

D'après différents certificats, rédigés par les Drs Simon, Dupré et Legras, le sujet présente des symptômes très accentués de démence précoce.

Nous notons chez lui de la stéréotypie, de l'incohérence du langage, du désordre dans les actes, des impulsions vagabondes, demi-conscientes, dont le malade ne conserve parfois qu'un souvenir très incomplet. Il a fait deux tentatives de suicide, dont il ne se souvient nullement.

10 août 1906. — Notions conservées. Parle bien.

La mère aurait eu des crises de nerfs. A eu un peu de surdité vers l'âge de 9 ans. A fait son service militaire. Il nie l'alcoolisme. Il ne croit pas avoir eu de crises, mais il a fait des fugues; il est allé ainsi à Saint-Étienne, à Bordeaux, à Aubervilliers, puis abattement consécutif durant seize à vingt-quatre heures. Est parti ainsi, parce qu'il croyait son frère malade.

Les émotions lui donnent une sensation de striction.

Il y a deux mois, il a tenté de se pendre à l'espagnolette de sa fenêtre. Il aurait les yeux congestionnés et les veines saillantes pendant les périodes d'excitation. Il est sorti de l'asile, sur la demande de ses parents.

Observation III

Résumée de Ducosté. *Encéphale*, nov.-déc. 1906.

Mme X..., 26 ans, institutrice. Entrée à la maison de santé de Ville-Évrard en avril 1906.

Diagnostic antérieur : Dégénérescence mentale avec délire polymorphe. Père et mère nerveux, originaux. Femme intelligente. A fait de brillantes études. Se marie à 21 ans. Union malheureuse qui nécessite une séparation.

Deux enfants issus du mariage, en excellente santé.

En mars 1905, le caractère de Mme X... se modifie.

Elle néglige ses enfants, va même jusqu'à refuser de les voir. Accuse sa mère de vouloir l'empoisonner.

Préoccupations hypocondriaques. Elle souffre de la tête, de l'estomac, se plaint constamment.

Elle s'agite. Ne peut tenir en place, passe une partie de ses nuits à se promener en voiture, sans but, traverse Paris. Quelquefois reste au lit toute la journée.

Elle a des moments d'excitation violente. Elle est souvent incohérente. A perdu toute aptitude aux travaux intellectuels. Apathie. Indifférence. Rires sans motif. Est internée dans une maison particulière, puis à Charenton, puis à la Maison de santé de Ville-Évrard.

Observation IV

Personnelle.

Bl..., 35 ans. Ancien séminariste. Interné à l'Asile de Ville-Évrard.

Des différents certificats, délivrés par les Drs Garnier, Simon, il résulte que le malade présente des signes indubitables de démence précoce. Il se livre à des propos incohérents, absurdes. Il est désorienté, et présente souvent des périodes d'excitation. Nous notons chez lui des manifestations bizarres et insolites, aussi bien en gestes qu'en paroles: des attitudes mystiques, des néologismes. A différentes reprises, le sujet a éprouvé des idées de persécution.

Sa famille nous apprend que depuis quatre années environ, il présentait des symptômes de dérangement cérébral. Un soir, après avoir dîné en famille, il s'est échappé, sans qu'il fût possible de savoir où il était parti. Il est rentré de lui-même à la maison paternelle le lendemain dans l'avant-midi.

Réprimandé, il s'est borné à dire qu'il venait de faire un pèlerinage, sans pouvoir donner aucun autre détail sur son absence.

A l'Asile, on est obligé de le surveiller, car il songe à s'échapper, vêtu ou non, par la porte ou par la fenêtre, à toute heure. Il déchire ses vêtements. Il détruit les objets qui se trouvent à

sa portée. Il cause à des êtres imaginaires, qui lui veulent du mal. Il interpelle les passants par les fenêtres. Devant nous, le 21 décembre 1906, il cause sans relâche. Il appelle un malade « Madame », un infirmier « son fils ». Il dit être né en 1831 et avoir 28 ans, puis 19. Il ignore le lieu et la date ; mais il sait le nom du président de la République. Il se souvient d'une façon suffisante de son histoire, de sa géographie, même du latin. Il se croit à Vincennes, en 1870 ; puis il nous dit que la guerre est finie depuis un an.

Nous le revoyons quinze jours après. Il entend des voix intérieures ou extérieures qui l'appellent à Rouen où il vient de faire un héritage. Il a l'air hagard. Il ne peut dormir depuis trois nuits, et s'évaderait s'il échappait à la surveillance des infirmiers. Il a vu des anges qui l'appelaient auprès d'eux.

Le malade est mort au courant de l'année 1907, de tuberculose pulmonaire.

FUGUES DANS LA PARALYSIE GÉNÉRALE

Les fugues dans la paralysie générale se produisent souvent au début de la maladie, au moment ou le malade cède à ses grandeurs imaginaires. Parfois on les trouve à une période plus avancée, lorsque complètement dément, il erre à l'aventure, et se retrouve en un lieu inconnu, sans avoir conscience de l'endroit ni du temps, souvent après s'être fait remarquer par l'étrangeté de ses actes. Mais ces fugues revêtent, selon la période de la maladie à laquelle elles sont accomplies, un caractère tout différent. Au début de la paralysie générale, le malade éprouve un besoin irrésistible de se mouvoir. C'est là peut-être un exemple d'automatisme ambulatoire, dû chez lui à une irritation des centres moteurs correspondants. Ducosté rapporte le cas d'un malade qui fait au début de l'évolution de sa maladie, une fugue et une tentative de suicide pathogomoniques. « Un soir qu'il était encore soigné chez lui pour « neurasthénie rhumatismale », il échappa à ses gardes et ne reparut que le lendemain matin.

Il raconta qu'il était descendu vers la rivière avec l'intention de s'aller noyer. Mais s'étant aperçu qu'il pleuvait et que ses vêtements étaient traversés par la pluie, il pensa que l'eau serait bien froide pour le rhumatisant qu'il était. Il remit donc son suicide à plus tard, se coucha sur sur la berge et s'endormit jusqu'au matin. » A une période plus avancée, le paralytique accomplit une fugue qui a souvent pour point de départ des idées ambitieuses ; tel malade disparaît tout à coup de chez lui, pour aller à pied, à quelques centaines de kilomètres régler un héritage qu'il a fait dans son imagination. Tel autre quitte son domicile pour aller n'importe où, afin d'éviter les sarcasmes de son entourage. Pendant ses absences le malade ne se rend nullement compte de ses actes. A une période plus avancée encore, le sujet, en proie à la démence paralytique, profite d'un manque de surveillance pour échapper à ses gardes. Il part sans raison, sans idée préconçue, mais aussi sans but : il erre à l'aventure, marche des journées entières, sans manger ni boire. Exténué de fatigue, il s'endort sur le bord de la route ou dans un fossé, où des passants le cueillent pour le ramener chez lui. Il ne se souvient de rien, aucun détail ne peut être obtenu sur les causes et le but de son évasion. Le paralytique général qui accomplit une fugue met à exécution toutes les idées qui surgissent à son esprit. S'il a de l'argent sur lui, il se fait remarquer par ses largesses. Mais quelquefois il est incapable de résister aux influences étrangères, et sa volonté abolie ne sait plus résister aux sollicitations extérieures. Il s'abandonne à ses ins-

tincts, se livre à des actes immoraux ou indélicats. Arrêté dans ses pérégrinations, il paraît stupide, hébété; il est incapable de dire d'où il vient, ni d'expliquer le délit qu'il vient de commettre.

Observation I

Personnelle.

J..., cocher, 46 ans. Le certificat rédigé par M. le Dr Legras dénote un affaiblissement intellectuel considérable: le malade présente des idées de grandeur. Il a du ptosis gauche. Il a perdu la mémoire. La parole est hésitante.

Le malade a eu un chancre à 22 ans. Il présente tous les signes physiques de la paralysie générale. Il sort de la prison de Fresnes, où il a fait un séjour de deux mois pour vol.

Il est incapable de donner de plus amples détails.

Ses enfants viennent le visiter, et nous renseignent. Un jour, après déjeuner, il sortit comme d'ordinaire et ne rentra pas le soir. Le surlendemain, sa femme apprend qu'il a été arrêté au moment où il venait de détourner, dans un bazar, une canne d'un grand prix. Il était resté une journée et une nuit errant à l'aventure, avant de commettre son délit. Jamais il n'avait commis d'acte insolite, mais depuis huit mois, son caractère avait subi un changement considérable. Il marchait aussi plus difficilement; à l'Asile le malade est très calme, plutôt triste. Lui parle-t-on de son absence et du vol de la canne, il tourne la tête et ne paraît se souvenir de rien.

Observation II

Personnelle.

F..., chocolatier, 40 ans. Les certificats signés des Drs Simon et Léraval, nous révèlent un affaiblissement général avec signes physiques de paralysie générale. Le malade éprouve des hallucinations pénibles, de l'insomnie, des vertiges. Il présente du tremblement fébrillaire de la langue, du retard dans la parole. Sa femme le fait interner, après une fugue de trois jours qu'il vient de faire sans prévenir personne et sans motif apparent.

10 septembre 1906. — Il sait où il est. Il nie la syphilis et l'alcool. Il présente un léger tremblement des doigts. Quand le malade sort la langue de la bouche il ne le fait qu'avec un certain effort et l'on observe alors une série de mouvements de propulsion auxquels succèdent aussitôt de brusques mouvements de retrait. Pupilles larges et paresseuses. A oublié ses hallucinations.

21 avril 1907. — Troubles dans la parole, accrocs dans les phrases d'épreuve. Signes de paralysie générale accentués. Incapable de dire son âge, son lieu de naissance, de nous renseigner sur sa profession ni sur ce qu'il a fait jusqu'ici.

Observation III

Personnelle.

Ch..., 38 ans, jardinier. Le certificat délivré par le Dr Marandon de Montyel relate de la débilité mentale, avec interprétations délirantes ambitieuses, et signes physiques de paralysie générale.

Le malade est placé d'office par la Préfecture de Police, pour avoir commis un vol au cours d'une absence de courte durée.

Il croit avoir vu ces jours derniers sur une liste d'actionnaires du P.-L.-M., qu'il est héritier de l'évêque d'Autun.

Un certificat de M. le Dr Legras mentionne des fugues, mais sans détails; le malade ne s'en souvient pas. A l'examen, Ch..., présente des malformations : atrophie du lobule de l'oreille gauche. Nous notons chez lui des accrocs de la parole, du retard dans les réponses, du tremblement fébrillaire de la langue, de l'inégalité et de la paresse pupillaires.

Observation IV

Personnelle.

Desr..., Louise, 43 ans. Modiste. Entrée à l'asile de Ville-Evrard en mai 1906.

Le certificat d'entrée du Dr Kéraval relate des signes certains de paralysie générale.

La malade se maria à 19 ans avec un empioyé de commerce qui la rendit très malheureuse.

De leur union naquit une petite fille qui mourut à 8 mois.

Pas de fausses couches à signaler.

Après sept mois de mariage, la malade présenta une éruption généralisée, sur la nature de laquelle la famille ne peut nous renseigner.

Peu après la mort de sa fille, elle disparut un jour à l'insu de son mari, prévenant sa mère qu'elle avait contracté un engagement pour Buenos-Ayres. Elle y resta deux années, et

rentra en France. A son arrivée à Marseille, elle tomba malade et fut soignée six mois à l'hôpital.

Pendant ce temps, le divorce avait été prononcé. La malade rentre dans sa famille.

Sa mère nous apprend qu'elle avait complètement changé de caractère. Elle était devenue timorée, tremblante, susceptible. Le bruit lui donnait des maux de tête ; elle ne pouvait pas supporter qu'on rît autour d'elle.

Un jour pendant le déjeuner, des guêpes voltigeaient autour d'elle. Elle s'écria : « Faut-il que je sois lâche de supporter cela ? Je ferais mieux de me suicider. »

Dès ce jour, sa famille la surveilla, et épia ses moindres mouvements. Son cousin la suivait de près. Un matin elle quitta sa famille, avec une bottine jaune, une noire, toute échevelée, et partit subitement. Son cousin la suivit. Elle parcourut au hasard le bois de Vincennes, et rentra chez elle le soir après avoir fait plus de 30 kilomètres à pied.

Quelque temps après, elle se mit un jour en colère, prétendant n'avoir que 30 ans, et vouloir épouser son cousin, de 20 ans plus âgé qu'elle.

Plus tard, elle acheta au marché un canard, qu'elle fit cuire sans le plumer.

Plus tard encore, elle se fit envoyer chez sa mère d'énormes coupons de soieries dont le prix n'était pas en rapport avec sa fortune.

Sa famille résolut de placer la malade dans une maison de santé. Elle s'entendit avec le Dr Kéraval, et la lui amena après l'avoir convaincue qu'elle allait chez le Docteur pour louer sa maison. Après examen, la malade fut admise à l'asile de Ville-Evrard.

A son entrée, elle n'avait conservé aucun souvenir, de ce qui s'était passé.

Et une année après son internement, dans une période de rémission, elle disait à sa famille : « Vous m'avez fait une farce. Vous m'aviez emmenée pour louer la maison ! »

FUGUES DANS L'ALCOOLISME.

A côté des états de fugues déjà décrits, on en observe chez un certain nombre de surmenés, de débilités, chez des sujets abattus par la misère ou par un grand chagrin, et qui cherchent un anesthésique dans l'emploi de l'alcool. On peut observer des fugues chez des sujets intoxiqués depuis de nombreuses années par l'alcool. Ces cas se présentent surtout chez des vieux absinthiques; dans ce cas, les fugues ne sont plus des fugues purement alcooliques, mais des fugues épileptiques (Épilepsie toxique). Nous décrirons une fugue chez un sujet en proie à un délire alcoolique simple, basé sur des hallucinations auditives ou visuelles.

Depuis quelques jours ou quelques semaines, le malade est en proie à des idées de persécution mal coordonnées, et le plus souvent absurdes. Il croit être en butte à l'hostilité de tous les gens qu'il rencontre sur son chemin; son entourage ne lui veut pas de mal ; mais les passants s'arrêtent pour le regarder, et ne manquent jamais de lui adresser des injures. Ici on

l'accuse d'avoir volé. Plus loin il aperçoit un homme qu'il croit caché, et qu'il prend pour un policier, épiant ses mouvements. La nuit il est agité ; il voit partout des ennemis qui viennent pour le saisir, il appelle à son secours. Chacun connaît ce tableau saisissant qu'a tracé M. le Dr Magnan dans ses leçons sur l'alcoolisme : « L'homme devient le jouet de cauchemars et d'illusions. Un monde nouveau lui apparaît, où des formes bizarres naissent, grandissent, circulent dans un pêle-mêle désordonné, où la vie s'agite en une confusion monstrueuse qui le terrifie. Tout ce qui l'entoure se transforme et se meut. Au plafond, au milieu d'une trame de fils qui se rétrécissent et s'allongent, des boules noires se dessinent, renflent, prennent la forme de rats, de chats, de chiens qui, passant à travers les mailles, tombent sur le parquet, bondissent et disparaissent. Le lit se peuple d'un grouillement de bêtes immondes ; le mur se couvre d'un fourmillement d'insectes, d'animaux ; de fantômes qui courent, montent descendent pour remonter encore. Terrifié, le malheureux recule et tout s'approche. Il cherche une issue ; il jette vers la fenêtre un regard désespéré, et sur les toits des maisons voisines, il aperçoit des hommes armés qui le couchent en joue. Il se baisse, il se blottit dans un coin pour échapper à la mort qui le guette ; et voilà que des gendarmes vont le saisir, et qu'au-dessus d'un effrayant défilé d'assassins et de juges, passe tout à coup l'éclair sanglant du couperet de la guillotine.

Ces hallucinations de la vue forment l'élément le plus

singulier du délire alcoolique ; mais tous les autres sens apportent à la psychose leur contingent d'images pénibles. » S'il parvient à échapper à la surveillance de son entourage, il s'enfuit, presque nu ou à moitié habillé. Toujours en proie à ses hallucinations, il se réfugie dans un endroit désert, reste ainsi immobile pendant un temps plus ou moins long, quelquefois plusieurs semaines, sans chercher à attirer l'attention par des cris, sans prendre de nourriture, jusqu'au jour où on le découvre épuisé par l'abstinence. Plusieurs observations de ce genre ont été récemment communiquées, entre autres celle du malade de Collet qui, en proie à des hallucinations auditives et visuelles, resta trente jours caché dans une meule de paille pour échapper à ses ennemis. Le malade se mit dans le cas de mourir de faim, plutôt que de tomber entre les mains de ses ennemis imaginaires. D'autres fois, il cherche par tous les moyens possibles à se défendre contre ses persécuteurs, et fait usage très souvent de ses armes contre des personnes qu'il croit reconnaître. Et après plusieurs fugues de ce genre dans lesquelles les actes sont en somme quelquefois logiques, vu les sensations fausses qu'il éprouve, le malade mis en observation et privé d'alcool, s'améliore progressivement ; il redevient calme et capable de reprendre son travail, et peut rendre compte avec beaucoup de détails, des actes qu'il a accomplis au cours de ses fugues. On peut alors se demander si c'est le raisonnement qui triomphe sur les idées de persécution et sur les hallucinations, ou si ce ne sont pas celles-ci, qui, diminuant peu à peu d'intensité et de nom-

bre par suite de la suppression de l'alcool, permettent alors plus facilement l'action de ce que M. Ribot appelle les « réducteurs secondaires ». Quoi qu'il en soit, l'activité psychique, précédemment obnubilée, peut se réveiller et reprendre ses fonctions normales.

Mais bien souvent on constate des récidives de fugues, et chaque nouvel accès laisse une trace sur l'intelligence du sujet, et accélère la marche de la démence alcoolique.

Certains auteurs (Ducosté) ont prétendu que la fugue chez les alcooliques n'est pas tant un moyen de fuir leurs ennemis imaginaires qu'un besoin irrésistible de mouvement. Et pour eux, les fugues véritables ne s'observeraient que chez les vieux intoxiqués, en proie à des crises épileptiques. Mais la période d'agitation constante qui précède la fugue dénote chez notre malade un état d'inquiétude particulier, et c'est vraisemblablement, du moins dans la majorité des cas, pour échapper à ses hallucinations auditives et visuelles, que l'alcoolique accomplit ses fugues ; et, pendant ces absences, de durée plus ou moins longue, le malade est capable de commettre tous les délits ou tous les crimes.

Observation I

Personnelle.

Cald... Gabriel, 37 ans. Est entré à Ville-Évrard le 23 février 1907, avec un certificat du Dr Dupré, relatant de la déséquilibration psychique et de l'alcoolisme chronique. Il a fait deux séjours au Tonkin, il buvait journellement trois absinthes, trois

litres de vin et quelques marcs; le malade éprouve des pituites matinales, des cauchemars nocturnes, des crampes, des fourmillements, et du tremblement des mains.

Au mois de février 1907, il présenta une crise de délire, et se croyant suivi et persécuté par un certain Francis, a fait une fugue de Caen à Paris, terrorisé par ses illusions et ses hallucinations auditives. Arrivé à la capitale, il loua une chambre d'hôtel, pour rester seul, loin de son persécuteur. Au beau milieu de la nuit, il entendit dans la chambre d'à côté, une voix d'homme qui disait:

« Sais-tu s'il en reste encore dans le flacon? » — « Oui, il y en aura assez pour lui, puisqu'il ne veut pas se laisser faire par la douceur, on le prendra par la force. »

Et le malade ajoute: « Comme je sais comment on peut chloroformer les gens dans un hôtel, je n'ai pas été très rassuré, j'ai quitté l'hôtel, j'ai été trouver un agent de la paix, je lui ai rendu compte du complot que l'on dirigeait contre moi. Au même moment, j'ai vu sortir de l'hôtel mon ennemi Francis, habillé en gris. Je l'ai montré à l'agent en lui disant: « Voilà le moineau ! »

« L'agent me répondit: « Cela ne vaut pas la peine que vous portiez plainte. Il y a déjà une plainte portée contre lui. » Irrité je me suis rendu chez le commissaire de police où j'ai raconté ce qui m'arrivait. Je ne sais pas si on m'a trouvé emballé, on m'a envoyé à l'Infirmerie spéciale ; on a tâché de me convaincre que tout cela était imaginaire, et que c'était l'effet de la boisson; j'avoue que j'avais fait depuis plusieurs mois des excès de boisson. »

Nous revoyons notre malade en juillet 1907.

Il présente toujours du tremblement des mains, quelques pitui-

tes le matin, mais ses cauchemars et ses hallucinations ne sont plus reparus. Le malade lui-même nous dit : « Je suis bien « guéri, je ne suis pas un alcolique, je voudrais me mettre d'une « société de tempérance ; et si je retourne aux colonies, j'en « fonderai une. Je veux bien croire que tout ce que j'ai vu « n'est qu'hallucination, mais je n'en suis pas bien sûr. D'ail- « leurs, je n'y pense plus. »

Observation II

Personnelle.

Fr... Ch..., 59 ans, maçon. Est entré à l'Asile de Ville-Évrard en octobre 1906. D'après les certificats délivrés par les Drs Legras et Magnan, le sujet est un alcoolique, qui a présenté souvent des hallucinations de la vue et de l'ouïe, des idées mélancoliques, des craintes, des frayeurs, avec accès d'automatisme ambulatoire. Il est interné d'office par la Préfecture de Police, pour avoir été trouvé errant à la Garenne-Colombes, dans un état d'agitation qui le rendait dangereux pour son entourage. Nous examinons le malade à son arrivée dans le service ; nous apprenons que son père est vif, emporté, que sa mère est morte il y six ans. Il a perdu deux enfants à 5 mois et à 2 ans, de convulsions. Lui-même a toujours été très nerveux. Nous constatons chez lui tous les signes de l'intoxication alcoolique. D'ailleurs il nous avoue avoir bu depuis de nombreuses années des quantités considérables d'alcool. Interrogé sur les motifs de son internement il nous raconte lui-même sa petite odyssée.

« On m'a fait marcher pendant trois jours. » Nous lui demandons : qui ? Réponse : « Je n'en sais rien. C'est peut-être moi. On

voulait me faire mourir avec la marche. Je suis allé me plaindre au Palais de Justice. La nuit on m'a fait coucher derrière une meule de blé, et on ne m'a pas donné à manger pendant trois jours. Le lendemain j'ai encore marché ; je suis allé jusqu'à Versailles. J'ai fait le tour des Buttes Chaumont, toujours sans manger et sans boire.

« J'étais obligé de marcher. Je crois bien que l'on me poussait avec l'électricité. C'étaient ceux du Palais de Justice qui m'envoyaient l'électricité, parce que je ne m'accordais plus avec ma femme et mes enfants, ils voulaient me faire mourir par la marche. J'ai souvent des étourdissements, c'est pourquoi je ne fais plus le métier de maçon. Je ne puis plus monter sur des échafaudages. »

Nous revoyons le malade en juillet 1907. Dès son entrée on l'a mis au régime de l'eau. En mars 1907 on l'a placé à la menuiserie où il fait de gros travaux. Depuis lors il a toujours été très calme. Il ne se souvient que de quelques épisodes isolés de sa vie passée, son état mental est satisfaisant, il est proposé pour la sortie définitive.

Observation III

Personnelle.

Pal... Mathias, 48 ans, terrassier. Est entré à l'asile de Ville-Évrard, le 1er mai 1907. D'après le certificat d'admission du Dr Legras, le sujet est un alcoolique, qui, sous l'influence de troubles sensoriels, s'est livré à des actes extravagants sur la voie publique, et s'est enfui à toutes jambes, se croyant poursuivi par une personne qui voulait le tuer.

Nous interrogeons le malade quelques jours après son entrée.

à l'asile. Nous apprenons que son père est mort de pneumonie, que sa mère est encore vivante et bien portante. Pas d'antécédents ancestraux névropathiques à signaler ; personnellement il n'a eu que la rougeole et une bronchite étant jeune.

Il présente une asymétrie faciale très nette, du tremblement de mains, des crampes dans les mollets, il est sujet à de fréquents vertiges. Tous les matins à son réveil il éprouve des pituites. La nuit il est en proie à des cauchemars. Il s'agite, cherche à sauter de son lit, les bras tendus, les yeux hagards et empêche toute la salle de dormir. Ses réflexes sont un peu exagérés. Il présente aux deux yeux un cercle sénile très accentué.

Nous revoyons notre malade en juillet. Depuis deux mois et demi il a été privé d'alcool. Les signes physiques de l'intoxication se sont considérablement améliorés et il nous fait le récit des circonstances qui ont amené son internement.

« J'ai 48 ans, dit-il, depuis six ans j'exerce la profession d'homme de peine, surtout en maçonnerie. Autrefois j'étais carreleur. Je suis ici parce que j'ai eu des ennuis, des contrariétés. Depuis trois ans je me suis mis à boire, je buvais trois litres de vin par jour et quelques apéritifs, puis j'ai voulu me mettre au lait, mais trop tard. Je sais bien que je n'étais pas dans mon état normal, j'avais des idées noires. J'entendais des voix pendant la nuit. Un jour en sortant de chez moi, je vis un homme que je ne connaissais pas, qui me poursuivait pour me tuer. Je me suis enfui à toutes jambes à travers Montrouge, et c'est là que l'on m'a arrêté. Je ne me rappelle plus combien de temps j'ai été absent de chez moi, je crois bien que je suis resté une journée dehors. Je suis bon travailleur, jamais mes patrons ne m'ont adressé de reproches. Maintenant, je ne sens plus rien du tout, je voudrais bien sortir. Je crois bien que je vais mettre de l'eau

dans mon vin. Dans les travaux que je fais, je peux m'abstenir d'alcool. Je ne veux plus boire que de l'eau pure ».

Observation IV

Résumée, de Paul Courbon. Automatisme ambulatoire. *Annales médico-psychologiques* de janv.-fév. 1907.

Lej... Joseph... Entré à Villejuif le 23 mai 1906 ; 32 ans. Mécanicien.

Son père et sa mère ont 60 ans et se portent bien.

Un de ses oncles est mort alcoolique, dans un asile d'aliénés. Personnellement, il n'a eu que la rougeole dans l'enfance, un chancre mou et quelques blennorrhagies. Il se maria à son retour du régiment et s'installa à son compte ; il se mit à boire, au bout de cinq années ; le divorce fut prononcé au profit de la femme. Il occupa alors plusieurs places chez des patrons différents, buvant par jour trois litres de vin blanc et quelques petits verres de rhum.

Un soir, il rentra chez lui, et se coucha ; mais à peine au lit, il entendit des menaces et des coups contre les murs ; pris de peur, il se barricada et attendit le jour.

Au lever du soleil, il descendit dans l'allée où il demeura, jusqu'à ce que le concierge vînt lui ouvrir la porte, et partit.

Où alla-t-il ? Il ne s'en souvient plus exactement. Il se rappelle qu'il eut peur, qu'il marcha pendant plusieurs jours, qu'il traversa le Bourget.

Au bord de la route, il aperçut un gros bloc de pierre carré. Il le prit pour une automobile, monta dessus, et fit tous ses efforts pour la faire démarrer. A ce moment, des chauffeurs lui apparu-

rent, sous la forme de deux gendarmes qui l'emmenèrent avec eux. Il le conduisirent non sans qu'il fît d'opposition, à la Santé, où pendant un mois il fit des porte-monnaie métalliques. De là, on le transporta à Sainte-Anne, puis à Villejuif.

Dès son arrivée dans le service, il devint calme; ses hallucinations s'espacèrent; il nous fit le récit à peu près exact des circonstances qui amenèrent son internement. Il travailla toujours raisonnablement, et l'examen ne décèle maintenant en lui rien d'anormal, si ce n'est un léger tremblement de la langue et des doigts.

FUGUES DANS QUELQUES PSYCHOSES

Nous avons étudié jusqu'ici, les fugues que l'on a coutume d'observer le plus fréquemment, en rappelant au sujet de chacune d'elles, les principaux caractères qui, dans tous les cas, mettent le médecin sur la voie du diagnostic. Fugues épileptiques, fugues hystériques, fugues somnambuliques, fugues chez les dégénérés, fugues chez les déments précoces, fugues chez les paralytiques généraux, fugues chez les alcooliques : telles sont celles que nous relevons le plus fréquemment ; mais il faut rappeler, pour mémoire tout au moins, quelques psychoses ou psycho-névroses, dans lesquelles on est appelé, rarement il est vrai, à constater des absences plus ou moins prolongées.

On observe des fugues dans les accès périodiques de la folie circulaire (Ballet), dans la folie maniaque dépressive (Deny et Camus). La fugue, en général, est accomplie sans cause. Le malade, au cours de son voyage, ne commet aucun acte répréhensible, et, comme dans l'épilepsie et l'hystérie, il ne se souvient de rien.

On les a signalées dans la mélancolie, la neurasthénie, dans la démence sénile, dans les maladies les plus diverses, même dans le goître exophtalmique, mais nous ne nous attarderons pas à ces cas, qui sont plutôt des raretés.

Nous rappellerons pour terminer notre étude sur les fugues, que Souques a rapporté une observation très curieuse d'automatisme ambulatoire, chez un dipsomane. Il s'agit d'un homme de 33 ans, employé de commerce, présentant des antécédents ancestraux névropathiques, mais ne présentant lui-même aucun stigmate épileptique ni hystérique, et atteint de dipsomanie depuis quatre années. En dehors de ses accès, il est très sobre ; chez lui ou chez ses amis, il boit très modérément, « il est doux, travailleur, intelligent, affectueux », dit sa femme. Il accomplit en une année deux fugues, la première de quarante heures, la deuxième de vingt-huit heures, allant droit devant lui, sans aucun but, mais, ayant entièrement conscience de ses actes, ne pouvant résister au besoin impérieux de marcher. A son retour, il s'est très bien souvenu de ce qu'il avait fait, et il raconte avec beaucoup d'émotion les particularités de ses voyages. On le soumet au traitement bromuré pendant plusieurs mois, les accès dipsomaniaques ne sont jamais reparus.

DIAGNOSTIC

Quand on se trouve en présence d'un malade ayant fait une fugue, il y a deux façons d'arriver à établir le diagnostic précis de la névrose : d'abord, étudier la fugue elle-même, les conditions dans lesquelles elle a été accomplie, et les caractères qu'elle présente ; c'est ce que nous nous sommes efforcés de faire jusqu'ici ; ensuite, en examinant le malade lui-même, et recherchant chez lui les symptômes d'une des principales affections capables de provoquer les fugues : hystérie, épilepsie, dégénérescence mentale, démence précoce, paralysie générale ou alcoolisme, etc... : c'est ce dont nous allons nous occuper sommairement dans notre chapitre du diagnostic, auquel M. le professeur Raymond a consacré une leçon dans ses cliniques de la Salpêtrière. Il est facile en général de distinguer l'hystérie de l'épilepsie, par les caractères des accès convulsifs, sous quelque forme qu'ils se présentent. L'aura initiale avec ses nombreuses variétés, le cri souvent unique proféré au

début de la crise ; la perte immédiate de connaissance, et par conséquent l'absence de tout souvenir ; les contractions toniques, puis clowniques désordonnées ; la pâleur de la face, l'altération profonde des traits ; les morsures récentes ou anciennes de la langue ; l'écume rejetée par la bouche ; le coma consécutif ; au réveil, l'air étonné et surpris du malade, tels sont les principaux symptômes de la crise épileptique normale. Si nous interrogeons l'entourage, nous apprendrons que quelques jours avant sa fugue, le malade avait été d'une humeur très irrégulière ; d'autres fois il avait manifesté une mobilité tout à fait anormale, une irritabilité inaccoutumée. De plus, le sujet n'avait dans ses préoccupations journalières, aucune suite dans les idées. Enfin, l'entourage nous apprendra que plusieurs fois il s'est réveillé, ayant souillé son lit d'urine, de sperme ou de matières fécales.

D'autres fois, nous aurons à examiner un malade qui au cours d'une absence de quelques jours, s'est fait arrêter pour avoir commis un acte délictueux. Notre sujet proférera souvent des plaintes, provoquées par une boule qui monte et descend vers la gorge, et détermine à ce niveau une sensation de constriction pénible. De temps à autre il aura des attaques, au début desquelles il conservera son entière connaissance. Nous observerons au cours de ces crises, des contractions clowniques, puis toniques, mais ayant pour but de changer d'attitude. Nous ne noterons pas de lividité, pas de morsures récentes ni anciennes de la langue, pas de cicatrices de chutes sur la face et le front. L'accès se termine, le

malade se met à rire ou verse des pleurs. Poussons plus loin notre examen ; nous noterons un rétrécissement plus ou moins accentué du champ visuel, l'abolition ou seulement la diminution du réflexe pharyngien, la présence de points hystérogènes, de l'hémianesthésie sensitivo-sensorielle, des tendances érotiques, de la perversion sexuelle, des impulsions passionnelles. Enfin, notre malade sera très sensible à la suggestibilité.

Chez les dégénérés, nous recherchons les antécédents héréditaires du malade, les tares spécifiques ou nerveuses dont il a pu hériter. Dans ses antécédents personnels, nous rechercherons si quelque maladie infectieuse ou quelque intoxication n'existe pas à l'origine de son état actuel, nous nous informerons auprès de sa famille, de ses visites, pour savoir si le surmenage ou une éducation physique ou morale défectueuse n'ont été pour rien dans son état actuel ; c'est en général un sujet nain, ou géant, avec déviations du rachis et déformation du thorax, avec malformations multiples portant sur la tête (sutures ouvertes ou au contraire ossifiées persistance des fontanelles), asymétrie faciale, voûte palatine ogivale, malformations dentaires, bec de lièvre, anomalies des organes génito-urinaires. Il rentre dans la catégorie des faibles d'esprits, des imbéciles, des idiots ; il lui est impossible de suivre une conversation, et d'apporter quelque attention aux paroles qu'on lui adresse. Il est incapable de prendre une décision et d'accomplir aucun acte suivi, comme il est incapable aussi de résister aux idées malsaines, aux obsessions torturantes qui le tourmentent.

Une autre fois, nous aurons à examiner un jeune homme qui a fait en peu de temps une ou plusieurs absences ; sa famille nous apprendra qu'autrefois il était intelligent, enjoué et que depuis quelques mois seulement son caractère est devenu sombre. Il ne manifeste plus aucun goût pour le travail. Il est devenu irritable, se met en colère pour une futilité.

Plus tard nous noterons chez lui, une confusion profonde dans l'association des idées, une incohérence plus ou moins complète, une diminution de l'attention, une indifférence pour le monde extérieur poussée à l'extrême ; le malade est très content de son sort, ne désire rien, n'est plus susceptible d'aucune émotion ; nous notons la stéréotypie, surtout du langage et des attitudes. Le malade reste des heures dans la même situation, ou répète indéfiniment le même couplet ou les mêmes paroles; il a conservé souvent sa lucidité et son sens d'orientation, répondra d'une façon exacte aux questions qu'on lui posera sur le lieu, la date actuelle. La mémoire est en général peu atteinte. Il a gardé un souvenir très précis de son enfance, témoin cet instituteur, cité par M. Rogues de Fursac dans son *Manuel de Psychiatrie*, et qui, interné depuis quinze années, débite sans tâtonner la liste des rois de France depuis Clovis. Quelquefois, cependant, le malade a oublié tout le passé. En un mot nous notons un affaiblissement physique progressif ; l'activité mentale disparaît en partie, parfois entièrement, à tel point qu'il devient difficile de dire de prime abord si on a affaire à un idiot ou à un paralytique général avancé.

Le paralytique général qui a fait une fugue, présente de l'inégalité pupillaire, le signe d'Argyll Robertson, une diminution des réflexes crémastérien et patellaire. Le malade étant debout, les yeux fermés, les talons joints, perd l'équilibre et tombe (signe de Romberg). Il éprouve des crises gastriques, du tremblement de la langue, de l'embarras de la parole qui devient un signe pathognomonique. Il steppe ou talonne en marchant. Suivons le malade pendant quelques mois, nous pouvons constater un affaiblissement considérable de l'énergie intellectuelle, des défaillances de la mémoire. Il se trouve content de son sort, il a de la fortune, il veut retourner dans son pays, cultiver ses terres. Le malade est devenu indifférent ou bien irritable. Plus tard nous constaterons du tremblement dans l'écriture, l'absence de certains mots, la difformité des lettres, des fautes d'orthographe. Joignons à ces symptômes le ptosis de la paupière supérieure, les tremblements spasmodiques du globe oculaire, la démence paralytique complète, le gâtisme qui survient en général assez tôt, avec conservation et même augmentation de l'appétit, et nous aurons le tableau complet d'un paralytique général typique tel que nous le trouvons dans nos salles d'hôpitaux, vivant d'une vie purement « végétative. »

S'il s'agit d'une fugue chez un alcoolique, elle sera accomplie dans des conditions particulières d'agitation ; le malade boit à l'excès depuis un certain temps ; il aura fait ce jour-là quelques libations supplémentaires qui auront déterminé un accès aigu. Au cours de sa

crise, il a cédé à ses nombreuses illusions sensorielles et à ses hallucinations, et se sera livré à une série d'actes inconsidérés. Il a vu des ennemis qui le poursuivaient, il a fui sans rien dire à personne, pour les éviter. Ne se rendant plus compte de la forme réelle des objets, il aura sauté par la fenêtre, la prenant pour la porte, et se sera blessé grièvement. D'autres fois, le malade s'est vu insulté, empoisonné, accusé de vol; on venait pour l'arrêter, il a fui ou tenté de se tuer. D'autres fois enfin, croyant reconnaître telle personne qu'il ne connaît pas, il l'a frappée pour une autre. Revenu de sa crise, il se plaint de sa tête, a des pituites le matin, ne peut dormir la nuit, en proie à d'affreux cauchemars où il voit des serpents et des rats sur son lit. Son atelier est en feu, son argent lui est volé. Il éprouve des crampes dans les mollets et les biceps. Il présente du tremblement fibrillaire des doigts.

∴

Si nous examinons enfin les caractères de la fugue elle-même, nous rappellerons que dans l'hystérie et l'épilepsie elle peut s'accompagner de l'ébauche d'une crise convulsive dont elle peut tenir lieu et qu'elle s'accompagne d'amnésie ; le diagnostic peut être délicat, les deux affections pouvant se combiner chez le même malade. Il y a pourtant des caractères distinctifs ; la fugue comitiale est sans coordination, brusque, impulsive, et parfois pendant sa fugue l'épileptique peut voler ou tuer. Il a souvent des hallucinations.

Chez l'hystérique comme chez l'épileptique la fugue est une impulsion irrésistible, mais cette fois coordonnée et sans violence ; il y a amnésie consécutive, mais en plongeant le malade dans l'hypnose on peut faire revivre son état second, et réveiller le souvenir des faits accomplis : par contre, les manifestations hystériques qui ne sont pas modifiables par le bromure, le sont par la suggestion. Dans le somnambulisme hypnotique, cette dernière influence est encore plus marquée.

Dans les formes somnambuliques de l'hystérie, le sujet semble exécuter les actes de la vie courante comme il le ferait à l'état de veille. Ses fugues commencent en général la nuit, pendant le sommeil, et se terminent le matin. L'amnésie est complète.

Dans les fugues du dégénéré, nous trouvons presque toujours une obsession. Elles sont accomplies sans violence, conscientes et irrésistibles, amnésiques en général, et Régis leur a donné le nom de dromomanie. « C'est, dit Meige, l'impotence fonctionnelle du cerveau qui amène l'impossibilité de suivre une voie tracée, de continuer un travail, un traitement entrepris. L'esprit vacille dans toutes les directions et se laisse entraîner n'importe où ; qu'une idée soit suggérée alors, ou qu'elle germe spontanément sous forme d'impulsion, le malade s'y abandonnera tout entier, et la suivra jusqu'à ce que la fatigue cérébrale l'en empêche. »

Les fugues du dément précoce ne sont autre chose qu'une impulsion motrice. Pendant leur accomplissement, l'état mental du sujet est tel qu'avant son absence.

Revenu à lui, il en a conservé un souvenir plus ou moins complet, mais il est incapable, par suite de son défaut de fixation des idées, de nous raconter les particularités de son voyage.

Les paralytiques généraux font en général des fugues marquées au coin de la démence ; ils partent sans but, sans motif le plus souvent, et s'égarent, parce qu'ils n'ont plus la notion exacte du temps ni du lieu.

Chez l'alcoolique, enfin, la fugue peut être, au début du moins, une impulsion non irrésistible de courte durée, consciente ou tout au moins subconsciente, et le malade peut en avoir conservé le souvenir. A une période plus avancée de l'intoxication éthylique, la fugue revêt nettement le caractère de la fugue comitiale. (Épilepsie toxique).

CONSIDÉRATIONS PRONOSTIQUES

D'après la description que nous venons de donner des fugues dans les diverses psycho-névroses où l'on a coutume de les rencontrer, il est facile de comprendre quel intérêt le diagnostic des fugues peut présenter au point de vue de la prévision de l'avenir réservé aux malades. Si la fugue a pour cause l'épilepsie, le bromure de potassium peut nous être utile, mais il ne faut pas oublier que malgré une amélioration, si sensible soit-elle, le pronostic d'une fugue épileptique est toujours grave. Et cette gravité est liée à la précocité des accidents, à leur intensité, et à leur fréquente répétition. Indépendamment des accidents souvent mortels dont le malade peut être victime au cours de sa fugue, la maladie évolue le plus souvent vers la démence; et dans ce cas, le malade succombe en général à la cachexie nerveuse, ou à une infection surajoutée, tuberculose ou congestion pleuro-pulmonaire qui trouve chez lui un « locus minoris resistentiæ ».

Qu'il s'agisse d'un hystérique qui vient d'accomplir une fugue, on peut éviter le retour des accidents, et l'affection peut s'améliorer considérablement par la suggestion. Mais il est des exemples de malades, qui soumis à un traitement rigoureux après une première évasion, recouvrent leur état normal ou tout au moins à peu près normal pendant des années entières, et chez qui, une nouvelle manifestation de la névrose se reproduit après une guérison déjà longue et qu'on pouvait croire définitive. L'avenir d'un sujet qui vient d'accomplir une fugue hystérique se présente donc à nous sous des couleurs en général sombres. Mais il est exceptionnel de constater chez ces malades une évolution vers la démence : quand la mort survient, elle est provoquée en général par l'abstinence volontaire ou le suicide, mais encore l'hystérie en est-elle toujours la cause première.

La fugue dans la dégénérescence mentale implique un pronostic sérieux, et aucun traitement autre que la surveillance continuelle n'est capable de mettre le malade à l'abri de nouvelles évasions. On ne peut mieux faire, pour être fixé sur l'avenir d'un dégénéré que de se reporter à la définition de M. le professeur Joffroy : « Les conditions anormales, qui constituent la prédis-« position, sont le plus souvent héréditaires ; quelque-« fois cependant, elles sont acquises par le sujet au « cours de son développement. Héréditaires ou acqui-« ses, ces conditions anormales font de lui un être de « moindre résistance et créent cet état particulier que « l'on désigne sous le non de dégénérescence.

« Nous pouvons donc définir la dégénérescence : l'en-
« semble des défectuosités organiques d'origine héré-
« ditaire ou acquise, qui crée des aptitudes morbides
« nouvelles, et rend de la sorte pathogènes, des causes
« qui, seules, seraient sans force et sans effet, est reste-
« raient stériles vis-à-vis d'un organisme normal. »

Beaucoup plus sérieux sera le pronostic pour ce qui concerne les facultés intellectuelles et morales, si nous sommes en présence d'un dément précoce que sa famille vient de placer dans un asile, parce qu'il a fait des absences répétées, plongeant ses parents dans une profonde inquiétude.

Quelques auteurs, Kraepelin entre autres, a trouvé que dans ces cas, la guérison s'observe dix fois sur cent malades. Deny et Roy qui ont fait sur ce sujet une étude approfondie, sans nier la possibilité de quelques cas de guérison, mettent ces cas d'amélioration sur le compte des erreurs de diagnostic, et pour eux la démence précoce, sous quelque manifestation et quelque degré qu'elle se présente, serait une affection « à marche progressive et habituellement incurable ».

Mais ils reconnaissent que les rémissions sont possibles, fréquentes quelquefois, permettant aux malades de reprendre au moins pendant quelque temps leurs occupations antérieures, et « donner à leur entourage l'illusion d'une guérison ». Quant au pronostic *quoad vitam*, il serait toujours favorable.

Le diagnostic n'est pas moins sombre, si la fugue s'est produite chez un paralytique général au début surtout de la maladie ; elle dénote en effet un affaiblisse-

ment psychique considérable et une altération déjà profonde de ses centres moteurs. L'affection est en général rebelle à tout traitement; les centres supérieurs sont désormais compromis, et le malade s'achemine progressivement vers la cachexie et le gâtisme; et cette déchéance complète de l'organisme ne tarde pas à devenir incompatible avec l'existence.

Pour ce qui est de l'alcoolique qui, dans un accès de délire aigu vient de fuir, pour échapper à ses persécuteurs imaginaires, et quelquefois, vient de frapper mortellement une personne qu'il a rencontrée par hasard, le pronostic est en général favorable, malgré le caractère tragique de son évasion. Les sujets atteints de troubles mentaux plus ou moins profonds, d'affaiblissement des facultés intellectuelles par le fait de leur intoxication alcoolique, privés d'alcool pendant un certain temps, ne pourront résister à leur passion, et se livreront bientôt après à de nouveaux excès. Mais chez d'autres, doués autrefois d'une volonté solide, l'activité psychique est demeurée intacte ; ils présentent tous les stigmates de l'intoxication chronique ; mais privés d'alcool, ils se rendent compte du mal développé chez eux par le poison et observeront la tempérance la plus absolue, se mettant ainsi à l'abri désormais de nouvelles récidives.

CONSIDÉRATIONS MÉDICO-LÉGALES

Ce chapitre présente un intérêt considérable dans l'étude des fugues, les médecins aliénistes et les médecins militaires étant souvent commis aux fins d'examiner l'état mental des sujets qui se sont rendus coupables de fugues avec accomplissement d'actes délictueux, pour conclure à leur responsabilité ou à leur non responsabilité, ou à leur responsabité atténuée.

Un débile comme notre malade N... (Fugues chez les dégénérés, obs. 1) dont nous rapportons l'observation, ne devrait pas être incorporé. D'autre part, certains épileptiques et déments précoces n'auront souvent eu aucune autre manifestation de leur affection, avant la fugue qui les amènera devant les tribunaux militaires. C'est le cas du malade de Deny et Roy. La statistique de Raecke dont nous avons déjà parlé a été faite sur des marins allemands.

Par contre, la fugue de l'alcoolique ne peut pas être considérée comme entraînant une irresponsabilité aussi complète que celle du dément précoce ou de l'épilep-

tique ; le malade étant libre de ne pas s'intoxiquer, doit toujours conserver, à notre avis, un certain degré de responsabilité, quelle que soit son inconscience au moment où il cède à ses hallucinations.

Wahl ne croit pas complètement irresponsable un dégénéré migrateur dont il rapporte l'observation. Un autre malade de Wahl, bien que manifestement aliéné, a subi vingt-trois condamnations dont quatre prononcées par les tribunaux allemands. Dans tous les cas, il est nécessaire de rechercher quel était exactement l'état mental du sujet au moment où il a accompli sa fugue, au cours de laquelle il a commis un délit pour lequel on le met en observation. Et, comme le dit Régis, la question généralement posée à l'expert sera celle-ci : « L'inculpé était-il en état de démence, ou sain d'esprit au moment où il a accompli l'acte qui lui est reproché ? » S'il existe des états mentaux entraînant toujours et invariablement l'irresponsabilité, il en est d'autres, par contre, dans lesquels la responsabilité varie suivant les moments et les circonstances. Et Gilbert Ballet dit : « Quand l'individu soumis à l'examen médical était sain d'esprit au moment où il a accompli l'acte qui lui est reproché, il doit être déclaré responsable : s'il était aliéné, il doit être déclaré irresponsable et envoyé ensuite dans une maison d'aliénés s'il est dangereux. Si, sans être aliéné, il présente de l'insuffisance des facultés intellectuelles, une maladie nerveuse, etc... il y a lieu de déclarer que sa responsabilité est atténuée. »

L'expert ne devra pas non plus oublier les cas de

folie systématisée, dans lesquels le malade, grâce à un état pathologique de son esprit, tend à dissimuler son délire, avec une habileté et une sûreté, qui peuvent tromper le médecin le plus expérimenté.

Toute autre est la simulation. Il arrive bien souvent que des individus se livrent à des actes délictueux, ou commettent des crimes : pressés par les remords, et craignant les rigueurs de la justice, ils ont tout intérêt à se faire passer pour fous.

Les médecins de l'armée sont souvent appelés à se prononcer sur l'état mental de jeunes soldats qui sont ramenés à la caserne par la police, après une absence illégale de plusieurs jours.

C'est alors que l'expert doit redoubler de sagacité, pour faire la part de ce qui revient à la démence vraie et à la simulation. Des questions nombreuses et bien condnites, une observation longue et attentive, seront le véritable moyen d'arriver à ce résultat ; et c'est par l'examen somatique et psychique le plus minutieux, que l'expert pourra mener à bonne fin la mission qui lui aura été confiée.

Il est donc absolument indispensable pour les tribunaux, civils ou militaires, de pouvoir s'éclairer et de faire examiner au point de vue médico-légal un sujet qui s'est rendu coupable d'une fugue, avec accomplissement ou non d'un acte délictueux. Le médecin chargé de l'expertise pourra, dans tous les cas, en recherchant avec soin les antécédents névropathiques héréditaires et personnels du sujet, en examinant de près son histoire physio-pathologique et les traces qu'ont pu lais-

ser dans son esprit les attaques antérieures, puiser des données précises, qui feront conclure à la responsabilité du sujet, ou à sa non responsabilité atténuée. Et M. le professeur Raymond ajoute :

« La grande préoccupation de la justice, à mon sens, devrait être de réparer autant que possible le mal commis, et de mettre les coupables dans l'impossibilité de recommencer. L'irresponsabilité des malades qui font des fugues, ne devrait pas aller jusqu'à leur conférer une liberté entière. Il faut, avant tout, apprécier dans chaque cas; non pas seulement le degré de responsabilité morale du malade, mais le danger qu'il constitue pour lui-même et pour la société. La détention plus ou moins prolongée dans un asile, la surveillance plus ou moins longue éviteront ainsi de grands malheurs. »

Vu : le Président de la thèse
DEBOVE

Vu : le Doyen,
DEBOVE

Vu et permis d'imprimer :
le Vice-recteur de l'Académie de Paris
LIARD

CONCLUSIONS

1° Nous définirons la fugue : un accès de vagabondage, quelquefois sans motif, quelquefois commandé par une cause imaginaire, suivi ou non d'amnésie.

2° La *fugue épileptique* est accomplie.

- Soudainement, sous l'influence d'une impulsion.
- Sans motif.
- Sans coordination des actes.
- Sans but.
- Et suivie d'amnésie.

La *fugue hystérique* est accomplie.

- Soudainement.
- Sans motif.
- Avec coordination des actes, le plus souvent parfaite.
- Avec un but fixe.
- Et suivie d'amnésie ; le sommeil hypnotique réveille le souvenir de la fugue.

La *fugue somnambulique* est accomplie.

Soudainement, pendant le sommeil,
Sans motif.
Avec coordination des actes.
Avec un but fixe.
Et suivie d'amnésie.

La fugue *chez les dégénérés mentaux* est accomplie.

Sous l'influence d'une impulsion brusque.
Sans motif.
Avec coordination des actes.
Avec un but fixé quelquefois longtemps d'avance.
Avec mémoire le plus souvent intacte, des actes accomplis pendant l'absence.

La fugue *chez les déments précoces* est accomplie.

Brusquement, sous l'influence d'une impulsion motrice.
Sans motif.
Avec coordination des actes.
Sans but.
Avec mémoire des faits, quelquefois intacte, le plus souvent incomplète.

La fugue *chez les paralytiques généraux* est accomplie.

Soudainement, quelquefois réaction motrice.
Sans motif, ou avec un motif absurde.
Sans coordination des actes.
Sans but le plus souvent.
Avec amnésie consécutive le plus souvent.

La *fugue alcoolique* est accomplie.

- Brusquement, sous l'influence d'une hallucination auditive ou visuelle.
- Avec motif le plus souvent imaginaire.
- Avec coordination des actes, qui souvent sont violents.
- Sans but.
- Avec conservation de la mémoire des faits accomplis.

3° Les fugues observées chez les malades dits somnambules peuvent quelquefois rentrer dans le cadre de l'épilepsie, le plus souvent de l'hystérie.

4° Plusieurs cas de fugues pourront sans doute être attribuées à la démence précoce, qui ont été considérés jusqu'ici comme manifestations de la dégénérescence mentale ou d'autres psychoses ; mais avant de se prononcer sur cette maladie, il faut attendre que l'entente se fasse entre ses partisans et ses adversaires.

5° En présence d'une fugue, on doit étudier :

α) Les caractères de la fugue elle-même (*étude clinique*).

β) Les caractères de la psychose qui l'a déterminée (*étude diagnostique*).

6° On pourra ainsi déterminer, dans tous les cas, l'évolution probable de la maladie (*étude pronostique*) et le degré de responsabilité du malade (*étude médico-légale*).

BIBLIOGRAPHIE

G. Ballet. — Traité de Pathologie mentale.

Benon. — Alcoolisme et criminalité. *Annales d'hygiène publique et de médecine légale*, n° de juin 1907.

Bregmann. — Automatisme ambulatoire. *Neurol. Centralblatt*, septembre 1899.

Brouardel. — Traité de médecine légale.

Charcot-Bouchard. — Traité de médecine.

Collet. — Les Évadés à l'intérieur. *Revue de Psychiatrie*, janvier 1907.

Courbon. — Automatisme ambulatoire. *Annales médico-psychologiques*, janvier-février 1907.

Dagonet. — Du rêve et du délire alcoolique. *Annales médico-psychol.*, 1889, nos 9 et 10.

H. Dagonet. — Considérations médico-légales sur l'aliénation mentale. *Thèse Paris*, 1849.

Debierre. — Leçons d'anatomie.

Deny et Roy. — La démence précoce.

Dubourdieu. — Automatisme ambulatoire. *Thèse Bordeaux*, 1894.

Ducosté. — Les fugues dans les psychoses et les démences. *Archives de Neurologie* de janvier-février 1907.

— Les fugues dans la démence précoce, *Encéphale*, novembre-décembre 1906.

Duprat. — Amnésie sénile et fugues hystériques. *Rev de psychiatrie*, 1903.

Dutil. — Hystérie in Traité de médecine de Bouchard et Brissaud.

Féré. — Les épilepsies et les épileptiques.

Foville. — *Annales médico-psychologiques*, 1876.

Garnier. — Automatisme somnambulique devant les tribunaux. *Annales d'hygiène et de médecine légale* de 1887.

Gilles de la Tourette. — De l'hystérie, tome I.

— Hystérie, in Traité de médecine de Brouardel et Gilbert.

Grasset et Rauzier. — Épilepsie, in Traité de médecine de Brouardel et Gilbert.

Guinon. — Somnambulisme, in Manuel de médecine de Debove et Achard.

Heilbronner. — Des fugues ou états analogues. In *Revue de neurologie* de 1904.

Joffroy. — Sur un cas d'amnésie hystérique avec fugue. In *Journal de Médecine et de Chirurgie pratiques*, déc. 1904.

P. Kéraval. — Pratique de la médecine mentale.

Legrand du Saulle. — Les Épileptiques.

Magnan. — Leçons sur l'alcoolisme.

Magnan et Legrain. — Les dégénérés.

Meige. — Le Juif Errant à la Salpêtrière.

Pauly. — Psychose alcoolique avec dromomanie, *Revue neurologique*, 1906.

Pitres. — Leçon sur l'hystérie et l'hypnotisme, tome II.

Pitres et Régis. — Obsessions et impulsions.

Rœcke. — Désertions et fugues. *Encéphale*, février 1907.

Raymond. — Fugue hystérique, in *Journal de Médecine et de Chirurgie pratiques* de mai 1907.

Raymond. — Les délires ambulatoires et les fugues. In *Gazette des Hôpitaux*, juillet 1895.

Raymond. — Cliniques de la Salpêtrière, t. I, 1re série, années 1894-1895, p. 592.

Régis. — Précis de Psychiatrie.

Rogues de Fursac. — Manuel de Psychiatrie.

Sallard. — Épilepsie, in Manuel de médecine de Debove et Achard.

Sérieux et Raymond. — Paralysie générale, in Traité de médecine de Brouardel et Gilbert.

Sérieux et Masselon. — Démence précoce, in *Revue de Neurologie* de 1903.

Souques. — Hystérie, in Manuel de médecine de Debove et Achard.

Tanzi. — Traité des maladies mentales.

Tissié. — Les aliénés voyageurs, *Thèse Paris*, 1887.

Ch. Vallon. — De la responsabilité des épileptiques. *Annales d'hygiène publique et de médecine légale*, mai 1893.

Vibert. — Précis de médecine légale.

J. Voisin. — L'épilepsie.

Wahl. — Trois observations de dégénérés migrateurs. *Société médico-psychologique* de juin 1903.

Zéri. — Un cas d'hystérie mâle. Automatisme ambulatoire. Ballisme, *Revue neurol.*, 1898.

TABLE DES MATIÈRES

	Pages
PRÉFACE.	7
INTRODUCTION.	10
Définition des fugues.	12
Fugues dans l'épilepsie. — *Observations.*	15
Fugues dans l'hystérie. — *Observations.*	23
Fugues dans le somnambulisme. — *Observations* . . .	31
Fugues dans la dégénérescence mentale. — *Observations.*	38
Fugues dans la démence précoce. — *Observations.* . . .	47
Fugues dans la paralysie générale. — *Observations* . .	57
Fugues dans l'alcoolisme. — *Observations*	64
Fugues dans quelques psychoses	74
Diagnostic des fugues.	76
Considérations pronostiques	84
Considérations médico-légales.	88
CONCLUSIONS	93
BIBLIOGRAPHIE.	97

Imprimerie des Facultés, A. MICHALON, 26, rue Monsieur-le-Prince, Paris